



GENDER- GESUNDHEITSBERICHT OBERÖSTERREICH

2018

Institut für Gesundheitsplanung

GENDER-GESUNDHEITSBERICHT OBERÖSTERREICH 2018

Berichtszeitraum 2011-2017
2. Ausgabe

Linz 2018

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung

Redaktionelle Betreuung: Mag. Markus Peböck
Elena Madlschenter

AutorInnen: MMag. Martin Reif MPH
Margaretha Bäck MA
Mag. Markus Peböck
Ass. Dr.ⁱⁿ Christina Allerstorfer, MSc, Kepler Universitätsklinikum (Kap. 4.1. Gendermedizin)
Univ.-Prof. Mag. Dr. Johann Bacher, Mag. Robert Moosbrugger, BSc
(Exkurs: Geschlechterunterschiede in PISA)

Beirat: Mag.^a Monika Gebetsberger PM.ME., Land Oberösterreich - Abteilung Gesundheit
MMag.^a Bettina Klausberger MPH (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse)
Ass. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Stelzer-Orthofer (Johannes-Kepler-Universität)

Review: Ass. Dr.ⁱⁿ Christina Allerstorfer, MSc, Kepler Universitätsklinikum GmbH
(Kapitel 1, 2, 3.1, 3.2, 3.3., 5)
Cornelia Anderl MA, Frauenreferat des Landes Oberösterreich (alle Kapitel)
Mag. Dr. Robert Griebler, Sylvia Gaiswinkler MA Gesundheit Österreich GmbH (alle Kapitel)
Prim.^a Dr.ⁱⁿ Hertha Mayr, Mag.^a Michaela Stadler-Schöny, Kepler Universitätsklinikum GmbH
(Kapitel 2.3.10. Essstörungen)

Layout: Elena Madlschenter
Druck: Birner Druck GmbH
Preis: 14,40 Euro
ISBN: 978-3-902487-20-9

Institut für Gesundheitsplanung
Weißwolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Vorbehaltlich Irrtümer und Druckfehler. Alle Rechte vorbehalten. Etwaige Rundungsdifferenzen, die sich aus der Verteilung der Daten ergeben können, wurden grundsätzlich nicht korrigiert.

VORWORT



Gendergerechte Gesundheitsförderung weiterentwickeln

In Oberösterreich leben rund 720.000 Frauen. Frauen haben ganz andere gesundheitliche Bedürfnisse als Männer. Aus Studien wissen wir, dass Frauen Gesundheit und Krankheit anders wahrnehmen. Sie bewegen sich weniger, sie sind an Ernährung interessiert, sie wollen oder müssen oftmals einem sehr hohen Idealbild entsprechen, bewerten ihre subjektive Gesundheit schlechter und sie sind weniger selbstbewusst.

Frauen stehen oft unter mehrfacher Belastung durch Beruf, Verantwortung für die Familie, Pflege von Angehörigen und vieles mehr. Sie sind meist die Gesundheitsmanagerinnen der Familie, stellen aber oftmals ihre eigene Gesundheit hinten an. Ein schlechtes Gewissen, Perfektionismus sowie eine übermäßige Selbstkritik spielen hier oft mit hinein. Frauen müssen aber viel mehr auf sich selbst achten und ihre eigene Gesundheit nicht aus dem Blick verlieren.

Wir haben uns daher zum Ziel gesetzt, ganz besonders Frauen in ihrer Kompetenz für die eigene Gesundheit zu stärken. Da sich Körperwahrnehmung und die Vorstellung von Gesundheit sehr früh ausbilden und somit das Gesundheitsverhalten beeinflussen, ist es wesentlich, bereits Mädchen dafür zu sensibilisieren. So sollen die Angebote zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention, zu Frauen- und Mädchengesundheit, Selbstwert, Selbst- und Körperbild unter anderen auch im Rahmen der „Gesunden Gemeinde“ ausgeweitet werden.

Gendermedizin soll künftig in Oberösterreich mehr in den Vordergrund gerückt werden. Deren Erkenntnisse sollen stärker in Forschung, Diagnostik, Therapie und Beratung angewandt werden. Gendermedizin soll aber auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller gesundheitsrelevanten Berufsgruppen verankert werden.

Ich danke allen Mitwirkenden für den vorliegenden Gender-Gesundheitsbericht, der bereits zum zweiten Mal erstellt wurde und in der Zusammenschau von Daten der vergangenen Jahre wichtige Anhaltspunkte zur Gesundheit von Frauen und Männern in Oberösterreich liefert.

Mag.ª Christine Haberland
Gesundheits- und Frauenlandesrätin

VORWORT



Ungleich behandeln ...

Historisch eine Errungenschaft, heutzutage weitgehend normal: Männer und Frauen erhalten den gleichen Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung. Auch in der Gender-Frage sichert die soziale Krankenversicherung eine grundlegende Chancengleichheit. Unabhängig von Kategorien wie sozialem Status, Alter oder eben Geschlecht: Allen Menschen gebührt die medizinische Hilfe, die sie wirklich brauchen.

Hat also das Solidaritätsprinzip seine Aufgabe bereits voll erfüllt, indem es Männer und Frauen gleichstellt. Ja und nein: Denn eine gleich wirksame medizinische Versorgung von Männern und Frauen erfordert - so paradox es klingt - eine ungleiche Behandlung: Nicht nur medizinisch gibt es Unterschiede zwischen Männern und Frauen, auf die unsere Gesundheitsversorgung achten muss. Noch stärker - aber vielfach unsichtbar - prägen soziale Faktoren und kulturelle Erwartungen unterschiedliche „mentale Zugänge“ zur Gesundheit. Warum gilt es als besonders „männlich“, Schmerzen zu unterdrücken? Warum nehmen Frauen das Thema Vorsorge tendenziell ernster?

Beiden Geschlechtern gleich gut geholfen ist dann, wenn wir verschiedene Angebote der Versorgung bereitstellen können. Der Gender-Gesundheitsbericht Oberösterreich ist dabei von unschätzbarem Wert. Er zeigt uns detailliert den Gesundheitszustand der Männer und Frauen im Land. Er zeigt, wo es spezifische Probleme gibt. Und er zeigt uns die verschiedenen Ursachen und Einflussfaktoren. Er zeigt aber auch große Bereiche, in denen Frauen und Männer mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben - diese aber unterschiedlich verarbeiten. Körperlich, aber auch mental.

Mit diesem Hintergrundwissen wird etwas Wertvolles möglich: Eine tiefgründige Auseinandersetzung mit dem Thema - sachlich, fundiert, wissenschaftlich. Das Streben nach besserer Gesundheit und Wohlbefinden verbindet Männer und Frauen. Und am besten führen wir die sogenannte „Gender-Debatte“ dann, wenn wir Emotionen und Klischees durch Erkenntnisse ersetzen. Dann ebnen wir den Weg zu fortschrittlichen Lösungen. Für alle!

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes.

Albert Maringer
Obmann der Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse

VORWORT & EINLEITUNG



Der vorliegende Gender-Gesundheitsbericht ist bereits der zweite seiner Art für Oberösterreich. Damit wird die Vorreiterrolle Oberösterreichs in der Gesundheitsberichterstattung einmal mehr unter Beweis gestellt. In Österreich wurden (außerhalb Oberösterreichs) bisher nur geschlechterspezifische Gesundheitsberichte (also Frauen- oder Männergesundheitsberichte) präsentiert. Im ganzen deutschsprachigen Raum sind bisher sechs Gender-Gesundheitsberichte erschienen. Oberösterreich ist nun das erste Land, das diesen Bericht neu auflegt mit aktuelleren Daten und neueren Erkenntnissen der Forschung.

Als Sozialwissenschaftler_innen unterscheiden wir nicht nur nach dem biologischen Geschlecht (Sexus), sondern sprechen auch von einer gesellschaftlichen Geschlechterrolle (Gender). Diese ist kulturell bedingt, wird erlernt und kann daher auch geändert werden.¹ Im Laufe der Jahre haben sich dabei verschiedene Theorieansätze und Paradigmen entwickelt.

Die erste Welle ist das so genannte Gleichheitsparadigma (z. B. liberaler Feminismus), bei dem die Gleichheit von Frauen und Männern im Vordergrund steht und das Ziel darin besteht, Frauen den Zugang zu den männlich dominierten Bereichen (z. B. Karriere) zu ermöglichen. Die Kritik orientiert sich hauptsächlich daran, dass die männliche Denkweise als Norm gesehen wird und Frauen sich daran anzupassen haben.²

Dort setzt die zweite Welle, das Differenzparadigma, an: weibliche Aspekte bzw. Eigenschaften werden als positiv und daher gleichwertig betrachtet. Es geht daher darum, die spezifischen Aspekte der Weiblichkeit (z. B. Aufwertung der Erfahrungen wie Schwangerschaft, Geburt) in die Gesellschaft einzubringen. Die Kritiker dieses Paradigmas heben hervor, dass dabei das biologische Geschlecht zu stark in den Vordergrund tritt und die Geschlechter-Stereotypen damit verstärkt werden.³

Die dritte Welle, Heterogenität und Dekonstruktion, versucht eine Auflösung bzw. Umdeutung der Geschlechterkategorien und hebt die Unterschiedlichkeit auch innerhalb der Geschlechter hervor. Soziale Kategorien wie ethnische Herkunft, sexuelle Orientierung oder der sozioökonomische Status⁴ sind für die Identitäten ebenso relevant wie das Geschlecht.⁵ Aus Sicht der Gesundheitsberichtersteller_innen harmonisiert dieses Paradigma hervorragend mit dem Modell der Gesundheitsdeterminanten der WHO, das für den vorliegenden Bericht eine wichtige Grundlage darstellt:

¹ Frey, Regina; Dingler, Johannes: S. 10

² Frey, Regina; Dingler, Johannes: S. 12

³ Frey, Regina; Dingler, Johannes: S. 12f

⁴ Unter dem sozioökonomischen Status oder Sozialstatus versteht man die Stellung eines Menschen im gesellschaftlichen Gefüge. Er dient der Analyse sozialer Ungleichheit in einem Sozialsystem. Als Indikatoren für den sozioökonomischen Status werden häufig der Bildungsgrad, das Einkommen sowie der Berufsstatus bzw. die Stellung im Beruf verwendet.

⁵ Frey, Regina; Dingler, Johannes: S. 13f

Abbildung 1: Determinanten für Gesundheit



Nach Dahlgren G. Whitehead M: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe. 1991

Von innen nach außen werden in diesem Halbkreis Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen beschrieben. Neben den bereits beschriebenen Determinanten Alter, Geschlecht und Erbanlagen sind dies die Art der individuellen Lebensweise (z. B. Selbstverantwortung für einen gesunden Lebensstil), die Integration in soziale und kommunale Netzwerke (z. B. Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (z. B. Arbeit/Arbeitslosigkeit) und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren (z. B. sauberes Trinkwasser, Friedenszeiten). Gesundheit wird dabei ganzheitlich verstanden, dies beinhaltet körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Gesundheit kann anhand objektiver Kriterien sowie subjektivem Empfinden definiert werden. Dies wird im Bericht dergestalt berücksichtigt, dass neben den Sekundärdaten auch Daten aus Befragungen zum subjektiven Empfinden (z. B. aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung) eingehen. Der Aufbau des vorliegenden zweiten Oberösterreichischen Gender-Gesundheitsberichtes berücksichtigt diese Einflussfaktoren in gebührender Weise. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge zwischen den Gesundheitsdeterminanten sind selbstverständlich thematische Überschneidungen möglich. Um inhaltliche Wiederholungen zu minimieren, werden diese durch Verweise zwischen den jeweiligen Kapiteln gekennzeichnet.

Das Kapitel zur Soziodemografie behandelt Bereiche wie die Bevölkerungsentwicklung, die Entwicklung der Geburten und der Familien und Haushaltsgrößen. Aber auch wichtige soziale Themen wie Bildung, Arbeit/Arbeitslosigkeit und Einkommen werden darin beschrieben. Ein aus Genderperspektive wichtiges Thema sind auch die informellen Pflege- und Unterstützungsleistungen, die ebenfalls Eingang in dieses Kapitel gefunden haben.

Der Gesundheitszustand von Männern und Frauen wird im zweiten Kapitel dokumentiert, im Speziellen die wichtigsten Indikatoren der Lebenserwartung, Todesursachen und Morbidität.

Wichtige Einflussfaktoren aus der Genderperspektive werden im dritten Kapitel behandelt: die genetischen/biologischen Faktoren, Rollenbilder und Stereotype, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und soziale Einflussfaktoren aus der Genderperspektive.

Im vierten Kapitel wird auf Aspekte in der Versorgung aus Genderperspektive eingegangen. Das wichtige Thema der Gender-Medizin wird in einem Beitrag von Ass. Dr.ⁱⁿ Christina Allerstorfer MSc behandelt. Weitere Bereiche in diesem Kapitel sind spezielle gesundheitsrelevante Beratungsrichtungen für Frauen und Männer, gendergerechte Gesundheitsförderung und eine Beschreibung des Gender-Friendly-Hospitals.

Der Bericht schließt damit, dass ein besonderes Licht auf Spezialthemen gelegt wird, die aus Sicht der Projektgruppe und der Autor_innen besonders wichtig sind. Der Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit aus Genderperspektive beschreibt vor allem wichtige gesundheitliche Ressourcen und Belastungen, das gesundheitsrelevante Verhalten, den Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen und spezielle gesundheitsförderliche Angebote. Dieses Kapitel beinhaltet auch einen Exkurs zu genderspezifischen Ergebnissen der PISA-Studie von Univ.-Prof. Dr. Johann Bacher und Mag. Robert Moosbrugger BSc. Gender-Aspekte werden auch für die Senior_innen-Gesundheit beleuchtet (ebenfalls Ressourcen und Belastungen und die Gesundheitssituation). Genderspezifische Aspekte der Oberösterreichischen Gesundheitsziele und deren Umsetzung werden im nächsten Bereich dieses Kapitels behandelt. Nicht zuletzt hat das Thema gendergerechte Kommunikation Eingang in den Bericht gefunden. Darin werden unter anderem verschiedene Gender-Schreibweisen vorgestellt. Wir haben uns in diesem Bericht für die Gender-Gap-Variante mit Unterstrich entschieden. Die Schreibweise lässt Raum für andere Geschlechter neben Mann und Frau und soll damit auch das dritte Paradigma der Heterogenität verdeutlichen.

Nach dem ersten Gendergesundheitsbericht 2011 kann der vorliegende zweite Gendergesundheitsbericht als ein weiterer Schritt in der Entwicklung einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung in Oberösterreich angesehen werden. Aufbauend auf die im Erstellungsprozess gewonnenen Erfahrungen sowie auf die

Stellungnahmen der ExpertInnen im Reviewprozess ergeben sich für künftige Vorhaben interessante Fortentwicklungspotenziale. Ausgehend von der vorrangig beschreibenden Aufarbeitung einer Vielzahl an genderrelevanten Themenbereichen im vorliegenden Bericht könnten weitere Spezialberichte bzw. Themenhefte stärker auf die Hintergründe und Erklärungsansätze von identifizierten Problembereichen eingehen, um eine fundierte Maßnahmenplanung zu unterstützen bzw. die Entwicklung von Handlungsempfehlungen zu forcieren. Als Beispiel kann der Themenbereich „Körperwahrnehmung und Selbstbild“ angeführt werden, der im Bericht als wichtiges gesundheitsrelevantes Handlungsfeld aufgezeigt werden konnte und der die Entwicklung von Aktivitäten und Angeboten zur Förderung von Selbstwert und Selbstbewusstsein nahelegt.

Ich möchte mich bei meinen Mitarbeiter_innen Martin Reif und Margaretha Bäck für die Arbeit an diesem Gender-Gesundheitsbericht bedanken. Mein Dank gilt aber auch dem Projektteam (Mag.^a Monika Gebetsberger PM.ME, MMag.^a Bettina Klausberger MPH, Ass. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christine Stelzer-Orthofer), das laufend wertvolle Anmerkungen eingebracht und damit zur Qualität des Berichtes beigetragen hat.



Geschäftsführer des
Instituts für Gesundheitsplanung

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....11

1. Soziodemografie.....19

1.1. Bevölkerungsentwicklung.....20

1.2. Geburten.....23

1.3. Familien und Haushalte25

1.4. Bildungsgrad.....27

1.5. Beruf, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit.....29

1.5.1. Erwerbsquote29

1.5.2. Atypische Beschäftigungsverhältnisse.....30

1.5.3. Beschäftigungsausmaß.....30

1.5.4. Arbeitslosigkeit32

1.6. Einkommen34

2. Gesundheitszustand von Männern und Frauen.....37

2.1. Lebenserwartung38

2.2. Todesursachen42

2.2.1. Todesursachen von Männern und Frauen42

2.2.2. Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit.....43

2.3. Gesundheitszustand und gesundheitliche Beeinträchtigungen45

2.3.1. Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand.....45

2.3.2. Chronische Erkrankungen47

2.3.3. Schmerzen.....48

2.3.4. Bösartige Neubildungen49

2.3.5. Herz-Kreislaufkrankungen52

2.3.6. Verletzungen durch Unfälle53

2.3.7. Suizid.....56

2.3.8. Stationär behandelte Psychische Erkrankungen57

2.3.9. Depressive Symptome und Depression58

2.3.10. Essstörungen59

2.3.11. Schlaf und Schlafstörungen62

2.3.12. Adipositas und Übergewicht64

2.3.13. Pflegegeld-Einstufung - Unterschiede nach Geschlecht68

2.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....70

3. Einflussfaktoren auf die Gesundheit aus der Genderperspektive.....73

3.1. Genetische/Biologische Faktoren.....75

3.2. Geschlechtsspezifische Rollenerwartung.....78

3.2.1. Geschlechtsspezifische Rollenverteilung und Gesundheitsdeterminanten78

3.2.2. Gesellschaftliche Werthaltungen und Geschlechterrollen79

3.2.3. Geschlechterrollen-Selbstkonzept.....84

3.3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen.....88

3.3.1. Körperliche Aktivität.....88

3.3.2. Ernährungsgewohnheiten93

3.3.3. Tabakkonsum.....94

3.3.4. Alkoholkonsum.....96

3.4. Ausgewählte gesundheitsrelevante Themenbereiche (Belastungen, Ressourcen, Lebensbedingungen).....100

3.4.1. Bezahlte und unbezahlte Arbeit (inklusive informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen).....100

3.4.2. Soziale Beziehungen.....110

3.4.3. Gewalt und Gewalterfahrung112

3.4.4. Wohnverhältnisse	114
3.4.5. Mobilität.....	115
3.4.6. Zeitressourcen.....	116
3.5. Sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten	120
4. Geschlechterspezifische Versorgungsangebote.....	125
4.1. Gender-Medizin (von Christina Allerstorfer)	126
4.2. Spezielle Beratungsangebote.....	131
4.2.1. Frauengesundheitszentren	131
4.2.2. Genderspezifische Beratungsstellen und Vereine ohne spezifischen Gesundheitsbezug	131
4.2.3. Selbsthilfegruppen.....	133
4.2.4. Frauen- und Männerärzte, -ärztinnen	133
4.2.5. Gender-Unterschiede bei Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen	133
4.3. Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in Krankenhäusern	135
4.4. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention	138
5. Spezialthemen.....	143
5.1. Kinder- und Jugendgesundheit aus der Genderperspektive	144
5.1.1. Einleitung	144
5.1.2. Soziodemographie	144
5.1.3. Gesundheitliche Ressourcen	144
5.1.4. Gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren.....	149
5.1.5. Gesundheitsrelevantes Verhalten	156
5.1.6. Gesundheitszustand	165
5.1.7. Gesundheitsförderung in Oberösterreich.....	172
5.1.8. Genderspezifische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter in Bezug auf Chancengerechtigkeit	172
5.2. Senior_innengesundheit aus der Genderperspektive	175
5.2.1. Einleitung	175
5.2.2. Ressourcen und Belastungen	175
5.2.3. Gesundheit.....	183
5.2.4. Gesundheitsförderung in Oberösterreich.....	191
5.2.5. Genderspezifische Gesundheitsförderung älterer Menschen in Bezug auf Chancengerechtigkeit.....	191
5.3. Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen.....	193
5.4. Gendergerechte Kommunikation	203
5.4.1. Genderspezifische Aspekte in der Kommunikation zwischen Ärzt_innen und ihren Patient_innen.....	203
5.4.2. Genderspezifische Kommunikationsaspekte in der Gesundheitsförderung.....	203
5.4.3. Gendergerechte Sprache	204
6. Verzeichnisse und Literatur.....	207
6.1. Abbildungsverzeichnis	208
6.2. Tabellenverzeichnis	211
6.3. Literatur	212
7. Beschreibung der Datenquellen.....	225

KURZFASSUNG

SOZIODEMOGRAFIE

Im Hinblick auf die sogenannte „Feminisierung des Alters“, also des deutlichen Frauenüberhangs in den älteren Bevölkerungsgruppen, ist der Zenit bereits erreicht. Die Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass in den nächsten Jahrzehnten der Anteil der Männer im höheren Lebensalter zunehmen wird.

Die Geburtenrate ist vor allem in den 1960er und 1970er Jahren stark zurückgegangen und hat sich seit Mitte der 1980er Jahre auf niedrigerem Niveau stabilisiert. Das durchschnittliche Alter der Mütter ist deutlich gestiegen. Die Zahl der Teenager-Mütter ist rückläufig.

Die Formen des Zusammenlebens sind in den letzten Jahrzehnten vielfältiger geworden. Die Zahl der Partnerschaften ohne Kinder hat in den letzten Jahren etwas zugenommen. Deutlich gestiegen sind männliche und weibliche Einpersonenhaushalte. Der Großteil der Ein-Elternhaushalte sind Mütter mit Kind(ern). Väter in Ein-Elternhaushalten sind in der Minderzahl. Der Großteil der Alleinerziehenden sind Frauen.

Hinsichtlich des Zuganges zu Bildung haben Frauen in den letzten Jahrzehnten deutlich aufgeholt. Die Bildungschancen sind für Männer und für Frauen angestiegen, für Frauen stärker als für Männer. In den jüngeren Altersgruppen weisen mehr Frauen einen höheren Bildungsabschluss (Matura, Hochschule) auf während Männer häufiger über mittlere Abschlüsse (Lehre, BMS) verfügen.

Die Erwerbsbeteiligung der Frauen hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und hat sich derjenigen der Männer deutlich angenähert. Mehr als die Hälfte der Frauen arbeitet Teilzeit. Die Teilzeitquote der Männer liegt deutlich niedriger als die der Frauen. Bei Männern und Frauen ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg zu beobachten.

Österreich gehört im europäischen Vergleich zu den Ländern mit den größten Einkommensunterschieden zwischen Männern und Frauen. Beschäftigte Frauen verdienen trotz höherer Bildung weniger als Männer. Dies ist unter anderem durch Unterschiede im Beschäftigungsmaß, Ausbildung, berufliche und branchenspezifische Einkommensunterschiede und Beschäftigungsdauer erklärbar.

Seit 2009 ist die Arbeitslosigkeit bei Frauen ähnlich wie die der Männer. Davor waren Männer in geringerem Ausmaß von Arbeitslosigkeit betroffen.

GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung von Männern und Frauen angestiegen. Frauen weisen eine höhere Lebenserwartung bei der Geburt auf. Bis in die 1970er war in Österreich die Zunahme der Lebenserwartung bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Seit den 1980ern steigt die Lebenserwartung der Männer etwas stärker als die der Frauen, so dass wieder eine gewisse

Annäherung zu beobachten ist. Sozioökonomische Faktoren dürften einen erheblichen Einfluss auf die Geschlechterdifferenz ausüben. Im europäischen Vergleich variiert der Unterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen zwischen 11 Jahren (Litauen) und 2 Jahren (Liechtenstein).

Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig. Demgegenüber zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status (z.B. nach Bildungsgrad).

Frauen leiden etwas häufiger an Schmerzen als Männer. Im Hinblick auf chronische Erkrankungen sind Frauen häufiger von Harninkontinenz, Depression, chronischen Kopfschmerz und chronischen Nackenschmerzen betroffen als Männer. Männer leiden etwas häufiger an chronischen Folgen eines Herzinfarktes.

Männer verletzen sich deutlich häufiger bei Freizeitunfällen als Frauen. Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen sind bei Frauen etwas häufiger als bei Männern vorzufinden. Männer versterben häufiger an Verkehrsunfällen als Frauen. Männer sind auch häufiger von Arbeitsunfällen betroffen als Frauen. Letzteres trifft jedoch nur auf die unteren (Pflichtschulabschluss) bzw. mittleren Bildungsgruppen (Lehre/BMS) zu. Zwischen Männern und Frauen mit höherem Bildungsabschluss ist hinsichtlich der Arbeitsunfälle kein Unterschied zu beobachten.

Frauen leiden häufiger an depressiven Symptomen als Männer. Frauen weisen auch häufiger Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen auf. Demgegenüber weisen Männer häufiger Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholkrankungen auf. Frauen sind deutlich häufiger von Essstörungen betroffen als Männer.

Während Adipositas bei Männern und Frauen annähernd gleich verteilt ist, sind deutlich mehr Männer von Übergewicht betroffen.

Im Hinblick auf Krebserkrankungen stellen bei Frauen die Brust, der Darm sowie die Lunge die häufigsten Lokalisationen dar. Bei Männern sind die Prostata, die Lunge und der Darm die am häufigsten betroffenen Organe. In den letzten Jahren ist die Krebsmortalität bei Männern und Frauen zurückgegangen.

In Oberösterreich werden mehr Frauen als Männer in der Pflege betreut, wobei der stärkste Unterschied in den stationären Betreuungs- und Pflegediensten zu erkennen ist. Österreichweit sind Frauen häufiger Bezieher_innen von Pflegegeld als Männer.

Die häufigsten Todesursachen für Männer und Frauen sind Herz-Kreislaufkrankungen und bösartige Neubildungen. Mortalität infolge äußerer Ursachen (Verletzungen, Vergiftungen) ist bei Männern häufiger als bei Frauen.

Die Geburt stellt für Mütter und Kinder ein gewisses Risiko dar. In den letzten Jahrzehnten sind die Mütter- und die Säuglingssterblichkeit stark zurückgegangen.

Durch Suizid versterben mehr Männer als Frauen. Demgegenüber sind Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern.

EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT AUS DER GENDERPERSPEKTIVE

Genetische/biologische Faktoren

Neben den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen weisen Männer und Frauen hinsichtlich verschiedener biologischer Merkmale Unterschiede auf, die sich auch auf die Gesundheit bzw. auf das Auftreten diverser Erkrankungen auswirken können. Dazu zählen auch Unterschiede des Hormonhaushalts und der durchschnittlichen Körpergröße bzw. -masse.

Bezüglich der unterschiedlichen Anatomie von Frauen und Männern gibt es z. B. Hinweise dafür, dass die Lungen von Frauen empfindlicher auf Schadstoffe reagieren als die von Männern.

Hormonelle Ursachen spielen beispielsweise für die geringere Verbreitung von Herz-Kreislauferkrankung bei Frauen vor der Menopause eine gewisse Rolle, weil Östrogen als Schutzfaktor wirkt.

Genetische Ursachen werden auch häufig im Zusammenhang mit der höheren Sterblichkeit von männlichen Säuglingen angeführt (z. B. Häufigkeit der Stürze vom Wickeltisch aufgrund eines höheren Bewegungsdranges etc.), da diesbezüglich keine anderen Erklärungsansätze plausibel erscheinen.

Hinsichtlich der biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen ist anzumerken, dass es auch innerhalb der Geschlechter beträchtliche Variationsbreiten gibt. Daher wird auch aus biomedizinischer Sicht darauf aufmerksam gemacht, dass die Kategorisierung in zwei Geschlechter meist nicht ausreicht, sondern eine differenziertere Betrachtungsweise sinnvoll erscheint (z. B. die Berücksichtigung der Körpergröße und anderer individueller Merkmale).

Zu bedenken ist, dass Menschen mit nicht eindeutig zuordenbarem biologischen (Intersexualität) oder psychosozialen Geschlecht (Transsexualität) besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Intersexuelle Menschen weisen von Geburt an kein eindeutiges biologisches Geschlecht auf. In Oberösterreich werden jährlich schätzungsweise drei bis sieben intersexuelle Kinder geboren. Betrachtet man die aktuelle Wohnbevölkerung, so kann davon ausgegangen werden, dass zwischen 300 und 700 Oberösterreicher_innen mit nicht eindeutigem biologischem Geschlecht geboren wurden.

Geschlechtsspezifische Rollenerwartungen

Die sozialen Geschlechterbeziehungen bzw. die geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen können sich in verschiedener Weise auf die Gesundheit auswirken. Einerseits kann die unterschiedliche Sozialisation von Männern und Frauen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in unterschiedlicher Weise prägen (z.B. Risiko- und Gesundheitsverhalten, Hygiene etc.). Andererseits sind Männer und Frauen, bedingt durch die gesellschaftliche Aufgaben- und Arbeitsteilung in unterschiedlichem Ausmaß verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt (z.B. Ansteckungsgefahr bei Pflegekräften, Unfallgefahr bei manuellen Tätigkeiten etc.).

Vier verschiedene familien- und sozialpolitische Modelle lassen sich unterscheiden: das Betreuungsmodell (Förderung von Kinderbetreuungsaufgaben von Müttern), das Ernährerin-Modell (betont die Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen ohne Unterstützung der Familienarbeit), das Wahlfreiheitsmodell (unterstützt Kinderbetreuung und setzt Anreize für die Teilnahme am Arbeitsmarkt) und das Gleichstellungsmodell (sucht Balance zwischen Erwerbsarbeit und Fürsorgepflichten).

In Österreich geben 74 Prozent der Frauen und 56 Prozent der Männer an, dass Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen sehr oder ziemlich weit verbreitet sind. Die größten Probleme werden bei der unterschiedlichen Entlohnung (Frauen 64%, Männer 52%), Gewalt gegen Frauen (Frauen 49%, Männer 45%) und der geringeren Rente von Frauen (Frauen 43%, Männer 32%) gesehen.

Etwa sieben von zehn Österreicher_innen (Frauen 72%, Männer 69%) sind der Ansicht, dass sowohl Männer als auch Frauen einen Beitrag zum Haushaltseinkommen leisten sollten. Demgegenüber sieht etwa ein Drittel (Frauen 32%, Männer 38%) die vorrangige Verantwortung für das Haushaltseinkommen bei den Männern.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Geschlechterbilder sind historisch bedingt und waren in den letzten Jahrhunderten einem beträchtlichen Wandel unterzogen. Das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen ist nicht allein als Folge individueller Entscheidungen anzusehen. Die sozialen Lebensbedingungen und die allgemeine Lebenssituation haben einen erheblichen Einfluss auf die Verbreitung von gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen.

Im Vergleich zu Frauen geben Männer häufiger an, dass sie sich sportlich betätigen, vor allem in der jüngeren Bevölkerung. Männer wenden im Durchschnitt in der Freizeit etwas mehr Zeit für körperliche Aktivität auf als Frauen (Männer 183 Minuten/Woche; Frauen 161 Minuten/Woche). Auch für zu Fuß bzw. mit dem Fahrrad zurückgelegte Wege verwenden Männer mehr Zeit pro Woche. Alltagsbewegung ist im Gegensatz dazu unter Frauen und Männern in etwa gleich verbreitet. Entsprechend der geschlechtsspezifischen Rollenaufteilung führen Frauen im Rahmen von Arbeitsvollzügen seltener schwere körperliche Tätigkeiten aus.

Frauen essen häufiger Obst und Gemüse als Männer, demgegenüber verspeisen Männer häufiger Fleisch bzw. Wurstwaren.

In Oberösterreich rauchen 26 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen täglich. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Männer, die täglich rauchen, stetig ab. Demgegenüber ist bei Frauen der Anteil in den Altersgruppen zwischen 15 und 59 Jahren relativ konstant und sinkt dann erst.

12 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen konsumieren (fast) täglich Alkohol. Hinsichtlich des Alkoholkonsums von Männern und Frauen gibt es Hinweise auf Unterschiede, die mit geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen zusammen hängen dürften. Männer trinken eher in der Öffentlichkeit (bei gesellschaftlichen Anlässen), während Frauen eher alleine trinken und Alkohol häufiger im Zusammenhang mit persönlichen Problemen nutzen.

Ausgewählte gesundheitsrelevante Themenbereiche (Belastungen, Ressourcen, Lebensbedingungen)

Die Männerrolle hat sich im Vergleich zur Rolle der Frauen in den letzten Jahren hinsichtlich der Arbeit wenig verändert. Unterschiedliche Theorien gehen davon aus, dass eine Kumulation von verschiedenen Aufgaben mit erhöhtem Stress verbunden ist und sich damit negativ auf die Gesundheit auswirkt, oder eine größere Vielfalt an Aufgaben mit positiven Gesundheitseffekten verknüpft ist. Die Qualität der Aufgaben und deren Rahmenbedingungen sind aber mindestens genauso ausschlaggebend für die Gesundheit.

Körperliche Belastungen in der Arbeit betreffen im Allgemeinen Männer stärker als Frauen, Zeitdruck bzw. Arbeitsüberlastung betreffen Männer etwas häufiger als Frauen. Nach wie vor wird die Hauptverantwortung für Haushalts- und Betreuungsaufgaben den Frauen überlassen. Frauen wenden durchschnittlich fast 26 Stunden, Männer ca. 14 Stunden pro Woche für Hausarbeit auf. Auch mit den Kindern verbringen Frauen mehr Zeit (Frauen 16,5; Männer 8,1 Stunden pro Woche in Paarhaushalten mit Kindern unter 16 Jahren). In der Freiwilligenarbeit ist der Anteil bei den Männern (vor allem innerhalb von Organisationen) höher als jener der Frauen.

Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen werden vor allem von Frauen, in etwas geringerem Umfang aber auch von Männern erbracht. Im Hinblick auf die Betreuung im Krankheitsfall können Frauen in geringerem Umfang auf den/die Partner_in zurückgreifen als Männer. Demgegenüber spielt für Frauen die Betreuung durch die Tochter bzw. Schwiegertochter eine größere Rolle als für Männer. Frauen sind auch häufiger auf die Inanspruchnahme von professionellen Diensten angewiesen.

Die soziale Unterstützung ist bei Männern und Frauen annähernd gleich hoch (Anteil hohe soziale Unterstützung Frauen: 54%, Männer 57%). Auch die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und der Unterstützung durch den Freundeskreis liegt bei Männern und Frauen ähnlich

hoch bei ca. 80 Prozent. Frauen haben mehr regelmäßigen Kontakt zu Verwandten und zum Freundeskreis als Männer.

Frauen und Männer waren in ihrer Kindheit in etwa gleich viel mit körperlicher oder psychischer Gewalt konfrontiert, von sexueller Gewalt waren mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Innerhalb der letzten drei Jahre waren - mit Ausnahme der körperlichen Gewalt - Frauen häufiger von Gewalterfahrungen betroffen als Männer (psychische Gewalt, sexuelle Belästigung, sexuelle Gewalt).

Die Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen ist bei Männern und Frauen annähernd gleich. Allein lebende Männer und Frauen haben höhere finanzielle Belastung durch Wohnungskosten. Im Durchschnitt wenden allein lebende Männer 23 Prozent und allein lebende Frauen (bei Nicht-Pensionist_innen) 28 Prozent des Einkommens für Wohnkosten auf (Mehrpersonenhaushalte 12%).

41 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen sind täglich als Lenker_in mit dem Auto unterwegs. Die Zufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln ist bei Männern und Frauen annähernd gleich (ca. 80%).

Frauen benötigen mehr Zeitressourcen für persönliche Tätigkeiten, Haushaltsführung und soziale Kontakte, Kinderbetreuung und Freiwilligenarbeit, während Männer mehr Zeitressourcen für berufliche Tätigkeiten aufwenden. Männer verfügen in allen Altersgruppen über ein höheres Ausmaß an freier Zeit.

Sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten

Der Unterschied der Lebenserwartung zwischen Personen mit Hochschulabschluss und jenen mit Pflichtschulabschluss ist bei Männern größer (6,8 Jahre) als bei Frauen (2,8 Jahre). Der Unterschied zwischen Frauen und Männern bei den in Gesundheit verbrachten Lebensjahren liegt bei 0,7 Jahren (Männer 65,9 gesunde Lebensjahre, Frauen 66,6). Ähnlich wie bei der Lebenserwartung zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein deutlicher sozialer Gradient in Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung.

In den letzten Jahren ist eine Zunahme des sozialen Gradienten zu beobachten, vor allem bei Männern.

GESCHLECHTERSPEZIFISCHE VERSORGUNGSANGEBOTE

Gender-Medizin

Gendermedizin befasst sich mit den Unterschieden aber auch mit den Gemeinsamkeiten bei Gesundheitserhaltung und Krankheitsentwicklung sowie Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten von Männern und Frauen.

Frauen weisen mehr Konsultationen bei der Hausärztin oder dem Hausarzt auf als Männer und nehmen deutlich häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil.

Über alle Altersklassen hinwegesehen ist der Anteil der Raucher in Österreich noch immer größer als der der Raucherinnen. Untersuchungen konnten zeigen, dass Zigarettenrauch bei Frauen schädlichere Auswirkungen hat als bei Männern.

Frauen sind von den meisten chronischen Erkrankungen häufiger betroffen als Männer. Es gibt Erkrankungen wie Angina pectoris oder Diabetes mellitus, bei denen Frauen andere Symptome aufweisen als Männer.

Medikamente werden zumeist an Männern getestet und Frauen werden deutlich seltener in klinische Studien eingeschlossen als Männer. Trotzdem werden Medikamente bei beiden Geschlechtern häufig in gleicher Dosierung und bei denselben Indikationen eingesetzt.

Spezielle Beratungsangebote

Die ersten Frauengesundheitszentren in Österreich entstanden in den 1990er Jahren. Österreich weit besteht ein Netzwerk von sieben Frauengesundheitszentren aus fünf Bundesländern, wobei es in Oberösterreich zwei Standorte (Linz und Wels) gibt. Zudem gibt es in Ried im Innkreis ein Zentrum für Frauengesundheit.

Die erste Männerberatung in Österreich wurde 1984 in Wien eröffnet. In Oberösterreich gibt es die Männerberatung des Landes OÖ sowie weitere Männerberatungsstellen. Die Angebote umfassen Beratung und Psychotherapie zu Aspekten und Problemen des Mannseins in der Gesellschaft.

In Oberösterreich gibt es 24 Frauenvereine und -beratungsstellen. Neben den allgemeinen Beratungszentren gibt es welche für spezielle Zielgruppen wie Migrant_innen, Alleinerzieher_innen oder wohnungslose Frauen.

Insgesamt gibt es 12 Selbsthilfegruppen mit frauenspezifischen Themen in Oberösterreich, jedoch keine Selbsthilfegruppe speziell für Männer. Allerdings bietet die Männerberatung des Landes OÖ auch Männergesprächsrunden an.

Im Arbeitskreis für Andrologie und sexuelle Funktionsstörung in der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie sind 11 Mitglieder aus Oberösterreich vertreten.

Der Frauenanteil bei berufsausübenden Ärzt_innen in Österreich ist stark vom Setting der Berufsausübung und der Fachrichtung abhängig. Ärztinnen sind eher im nicht-niedergelassenen Bereich in Fachrichtungen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Dermatologie vertreten. Das nichtärztliche Personal in Österreichs Spitälern ist überwiegend weiblich.

Die Einkommensunterschiede von Männern und Frauen im Gesundheitswesen sind gegeben, vor allem bei selbständiger Tätigkeit. Gründe dafür könnten unter anderem in der Wahl der unterschiedlichen Berufe bzw. Fächer, dem höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigung und den Karriereverläufen bei Frauen liegen.

Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in Krankenhäuser

Die 4-R-Methode wird in den meisten europäischen Gender-Mainstreaming-Projekten eingesetzt: Repräsentation, Ressourcen, Realitäten, Recht.

Der Ansatz des Gender friendly Hospitals folgt elf Leitlinien:

1. Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung,
2. geschlechtersensibler Umgang,
3. Transparenz und Public Relation,
4. Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten,
5. bedarfsgerechte geschlechterspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung,
6. geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung,
7. individuelle Beratung, Information und Aufklärung,
8. Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen - Systemebene,
9. Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen - Personenebene,
10. verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus und
11. Patient_innenzufriedenheit - Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung.

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Die angemessene Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten auf verschiedenen Ebenen trägt dazu bei, die Qualität von gesundheitsfördernden Maßnahmen hinsichtlich der Bedürfnisse von Männern und Frauen zu optimieren. Neuere Ansätze streben die Veränderung gesundheitsrelevanter Geschlechterrollen an.

SPEZIALTHEMEN

Kinder- und Jugendgesundheit aus der Genderperspektive

Plötzlicher Kindstod tritt bei männlichen Säuglingen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf als bei weiblichen Säuglingen.

Die Qualität familiärer Beziehungen hat einen Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten, wobei die Kommunikation mit dem Vater laut HBSC-Studie als schwieriger wahrgenommen wird als die Kommunikation mit der Mutter.

Buben sind häufiger von Verkehrs-, Sport-, Heim- und Freizeitunfällen betroffen als Mädchen.

Buben weisen eine höhere Prävalenz von Übergewicht auf als Mädchen. Zudem haben Buben häufiger das Gefühl ungefähr das richtige Gewicht zu haben als Mädchen. Buben sind durchschnittlich etwas aktiver als Mädchen. Bezüglich des Tabakkonsums gibt es kaum Unterschiede zwischen Buben und Mädchen. Buben trinken etwas häufiger Alkohol als Mädchen.

Mädchen schätzen in Summe ihre Gesundheit schlechter ein als Buben und sind häufiger von Beschwerden betroffen als Buben. Rund drei Viertel der Schüler_innen fühlen sich durch die Anforderungen in der Schule belastet. Buben sind häufiger an Bullying beteiligt als Mädchen. Unruhiges und überaktives Verhalten tritt bei Buben häufiger auf als bei Mädchen. Mädchen leider häufiger unter Kopf- bzw. Bauchschmerzen und Übelkeit als Buben.

Mädchen haben ein erhöhtes Risiko für internalisierende Störungen (wie Angststörungen, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten), zurückgezogenes Verhalten, somatische Beschwerden sowie ängstliche/depressive Stimmung als Buben.

Senior_innengesundheit aus der Genderperspektive
Männer und Frauen im Senior_innenalter sind mit den persönlichen Beziehungen in etwa gleichermaßen zufrieden. Ältere Frauen sind mit der Unterstützung durch Freund_innen zufriedener als ältere Männer.

Das Risiko von Armutsgefährdung und sozialer Isolierung ist bei alleinlebenden, älteren Frauen höher als bei alleinlebenden, älteren Männern.

Seniorinnen konsumieren häufiger Obst und Gemüse als Senioren. Zudem rauchen ältere Frauen seltener als ältere Männer und konsumieren seltener Alkohol.

Frauen sind häufiger von Depression im Alter betroffen als Männer. Hierbei ist allerdings ein möglicher Bias durch Screening-Instrumente zu beachten.

Ältere Frauen sind häufiger von Demenz betroffen als ältere Männer, wobei diesbezüglich der höhere Frauenanteil bei den Hochaltrigen zu beachten ist.

Männer und Frauen über 60 Jahren sind in etwa gleich häufig von Sehproblemen betroffen. Hörprobleme betreffen mehr Männer als Frauen. Gehprobleme betreffen hingegen Frauen etwas häufiger als Männer.

Frauen sind etwas häufiger als Männer bei mindestens einer wichtigen alltäglichen Basisaktivität (z.B. Essen und Trinken, Setzen und Aufstehen) auf Hilfe angewiesen. Im Hinblick auf die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten im Haushalt sind ebenfalls mehr Frauen als Männer auf Unterstützung im Alltag angewiesen.

Die Mortalität von Frauen durch Herzinfarkt ist erhöht, da ein Herzinfarkt teilweise nicht erkannt wird, wenn keine männerspezifischen Symptome auftreten.

Krankheiten der Atmungsorgane als Ursache für einen Krankenhausaufenthalt betreffen speziell hochaltrige Männer.

Die Diabetesprävalenz bei Frauen über 60 Jahren liegt deutlich unter jener der Männer. Ältere Frauen sind häufiger von spitalsbehandelten Heim- und Freizeitunfällen betroffen als ältere Männer, wobei dafür meist Stürze ursächlich sind.

Von Übergewicht sind mehr Männer über 60 Jahren betroffen als Frauen. Der Adipositas-Anteil ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich hoch.

Gendergerechte Kommunikation

Eine Studie zur Untersuchung der Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation kam zu der Erkenntnis, dass Ärztinnen über längere Gespräche bei gleichberechtigter Gesprächspartnerschaftlichkeit als ihre männlichen Kollegen berichteten. Zudem waren Medizinstudentinnen öfter bereit, an Kursen zum Training ihrer Kommunikationsfähigkeiten teilzunehmen als Medizinstudenten.

Bei der genderspezifischen Kommunikation in der Gesundheitsförderung ist darauf zu achten, bestehende Stereotypen und Rollenbilder nicht aufzugreifen und zu verstärken. Dazu ist eine besondere Sensibilität, das richtige Verständnis und die korrekte Verwendung der Begriffe „Geschlecht“ und „Gender“ sowie ein genaues Pretesting von Botschaften durch die Zielgruppe nötig. Praxisbeispiele für genderspezifische Kommunikation in der Gesundheitsförderung sind beispielsweise das Institut für Frauen- und Männergesundheit (Österreich) sowie das Frauengesundheitsportal und das Männergesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Deutschland).

Eine geschlechtergerechte Sprache setzt das Verwenden weiblicher und männlicher Sprachformen voraus. Geschlechtergerechtes Formulieren ist eine wichtige Grundlage dafür, eine geschlechtersensible Sichtweise in alle politischen Konzepte, Entscheidungen und Maßnahmen einzubringen.

Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen

Gender Mainstreaming soll in allen Phasen des Public Health Action Cycle (Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementation/Umsetzung, Bewertung/Evaluation) Anwendung finden, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern zu erreichen.

Gesundheitsziel 1 „Wohlbefinden in der Schule erhöhen“:
Genderspezifische Aspekte werden im Antrag zum Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ unter der Rubrik „Besondere Bedürfnisse“ abgefragt, wobei speziell auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Jungen und Mädchen hingewiesen wird. Ungefähr zwei Drittel der Schulen verweisen an diesem Punkt auf genderspezifische Aktivitäten.

Gesundheitsziel 2 „Arbeitsplätze gesünder gestalten“:
Die genderspezifischen Aktivitäten in allen Phasen sollen im Antrag zum BGF-Gütesiegel im Punkt „Zielgruppenorientierung“ von den Betrieben beschrieben werden. Für Betriebe über 50 Mitarbeiter_innen ist dieser Bereich verpflichtend auszufüllen. Nahezu alle Betriebe dieser Größenordnung geben gender-relevante Aktivitäten an.

Gesundheitsziel 3 „Gesundheit in den Gemeinden fördern“:

Bei der Maßnahmenplanung im Qualitätszertifikat sucht jede Gemeinde Ziele bzw. Angebote, die dem Bedarf von bestimmten Personengruppen entsprechen. Referent_innen aus Gesundheitsberufen sowie Regionalbetreuer_innen berücksichtigen genderspezifische Aspekte. Geschlechterspezifische Daten aus Gesundheitsberichten werden miteinbezogen.

Gesundheitsziel 4 „Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern“:

Eltern erhalten im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“ Informationen sowie bedarfsgerechte Angebote hinsichtlich Ernährung der Kinder. Die Teilnahme der Partner bei Workshops wird in den wenigsten Fällen in Anspruch genommen. Genderspezifische Aspekte beim „Gesunden Kindergarten“ werden in den theoretischen Unterlagen und in der Fortbildung für Kindergärten berücksichtigt.

Gesundheitsziel 5 „Zahngesundheit der Kinder verbessern“: Bezüglich der Genderaspekte hinsichtlich Zahngesundheit gibt es unterschiedliche Blickwinkel. Die Datenerhebung zeigt auf, dass sich Mädchen häufiger die Zähne putzen als Buben. Aus zahnärztlicher Sicht sind keine belegbaren genderbezogenen Aussagen über erhöhtes Kariesrisiko, erhöhte Bereitschaft zur Mundhygiene oder erhöhte Compliance bei der Zahnbehandlung möglich.

Gesundheitsziel 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“:

Im Rahmen der Umsetzung des OÖ Gesundheitsziels 6 wurde das Institut für Gesundheitsplanung vom Land OÖ (Abt. Gesundheit) und der OÖGKK mit dem Konzeptionsprojekt Bewegung beauftragt. Ziel war die Ausarbeitung einer Strategie zur Steigerung der Bewegung der Oberösterreicher_innen unter Berücksichtigung von Verhaltens- und Verhältnisebene und dem speziellen Fokus auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Die Genderthematik floss in die Empfehlungen mit ein (z.B. zielgruppengerechte Gestaltung von Sport- und Bewegungsstätten).

Gesundheitsziel 7 „Suchtprävention verstärken“:

Zwei Drittel der aktiven Multiplikator_innen im Bereich Suchtprävention sind weiblich. Bei den alkoholspezifischen Maßnahmen des Instituts Suchtprävention werden, abgesehen von den allgemeinen Kriterien der geschlechtergerechten Gesundheitsförderung bzw. Prävention, keine genderspezifischen Angaben zu diesen Angeboten gemacht. Der Tabakkonsum jugendlicher Schüler_innen hat sich in den letzten zwanzig Jahren geändert. Während Anfang der 90er Jahre noch mehr Burschen als Mädchen angegeben haben, dass sie rauchen, ist dies seit dem Ende der 90er Jahre umgekehrt.

Gesundheitsziel 10 „Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen“:

Ein Zugang zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit besteht darin, dass der Gesundheitssektor Akteur_innen und Expert_innen anderer Bereiche in die Erarbeitung und Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit einbezieht. In diesem Zusammenhang sind genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen.

1. SOZIODEMOGRAFIE

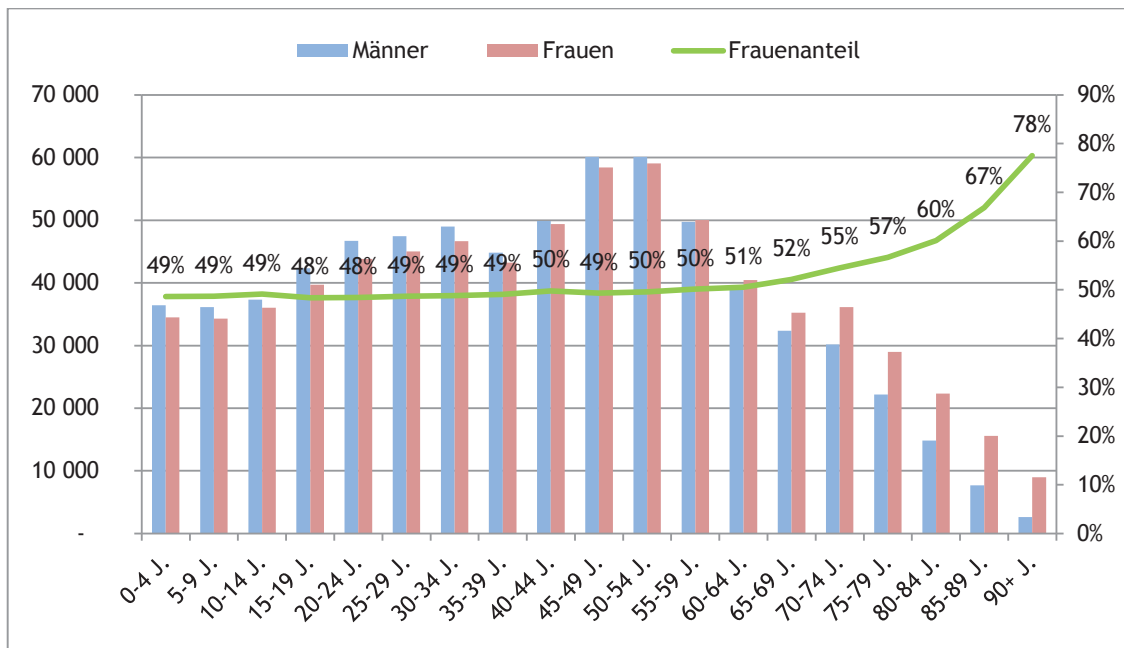
1.1. Bevölkerungsentwicklung

2014 waren 51 Prozent der österreichischen Bevölkerung Frauen und 49 Prozent Männer. Der Frauenanteil ist seit den 1950er Jahren etwas zurückgegangen (1951: 54%).⁶ Hinsichtlich der Altersstruktur ist in den Altersgruppen über 55 Jahren ein deutlicher Frauenüberhang zu beobachten. In den unteren Altersgruppen ist ein leichter Männerüberhang festzustellen.⁷ Der höhere Frauenanteil im höheren Alter ist vor allem auf die geringere Lebenserwartung der Männer sowie die Verluste der männlichen Bevölkerung im Zweiten Weltkrieg zurückzuführen. Der

steigende Frauenüberhang mit zunehmendem Alter ist auch unter dem Begriff „Feminisierung des Alters“ bekannt.⁸ Künftig ist jedoch mit einer Zunahme des Männeranteils in der älteren Bevölkerungsgruppe zu rechnen, so dass sich der Frauenüberhang verringern wird.⁹

Die oberösterreichische Bevölkerung setzt sich aus rund 728.000 Frauen und 709.000 Männern zusammen (Stand 2015). Der Frauenanteil beträgt 51 Prozent. In den Altersgruppen bis 54 Jahre ist ein leichter Männerüberhang zu beobachten. Im höheren Alter besteht ein deutlicher Frauenüberhang.

Abbildung 2: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (1.1.2015) in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html; zuletzt geprüft 23.2.2016

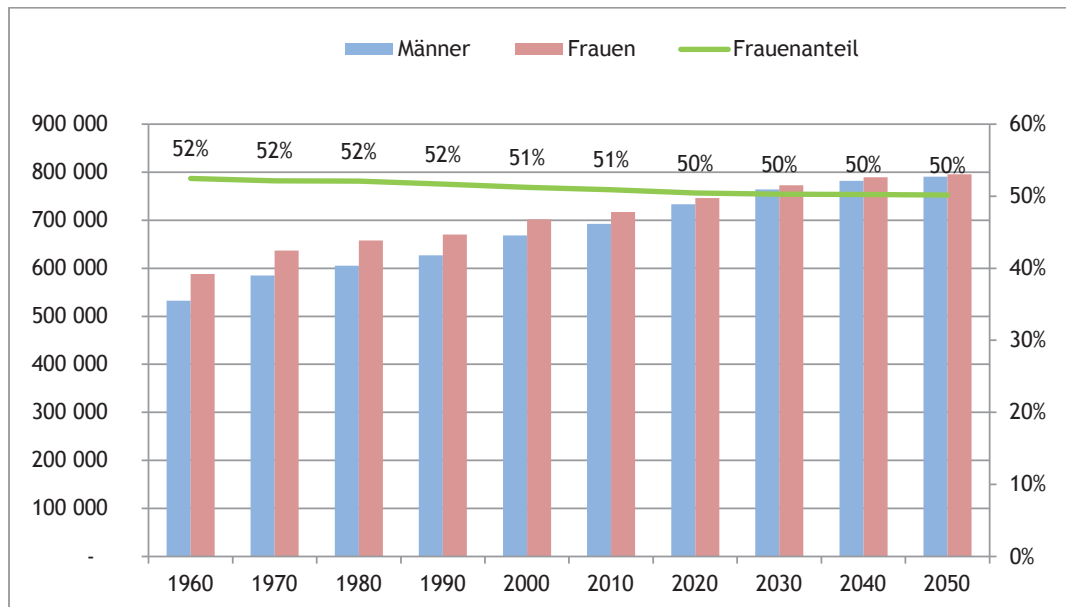
In den letzten Jahrzehnten seit 1960 hat Oberösterreich einen deutlichen Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen. Der Frauenanteil ist leicht zurückgegangen (von 52% auf 51%). Der Bevölkerungsprognose zufolge wird die oberösterreichische Bevölkerung in den kommenden Jahr-

zehnten weiter anwachsen. Der Frauenanteil wird sich tendenziell dem Anteil der Männer angleichen (50%). Wesentliche Einflussfaktoren auf die demografische Entwicklung sind die Lebenserwartung, Geburtenrate und Wanderungsbewegungen.

⁶ Bundesministerium für Bildung und Frauen (BMBF) 2015, S. 13
⁷ Bundesministerium für Bildung und Frauen (BMBF) 2015, S. 14

⁸ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 50
⁹ Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich 2010, S. 16

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung nach Geschlecht in Oberösterreich bis 2050



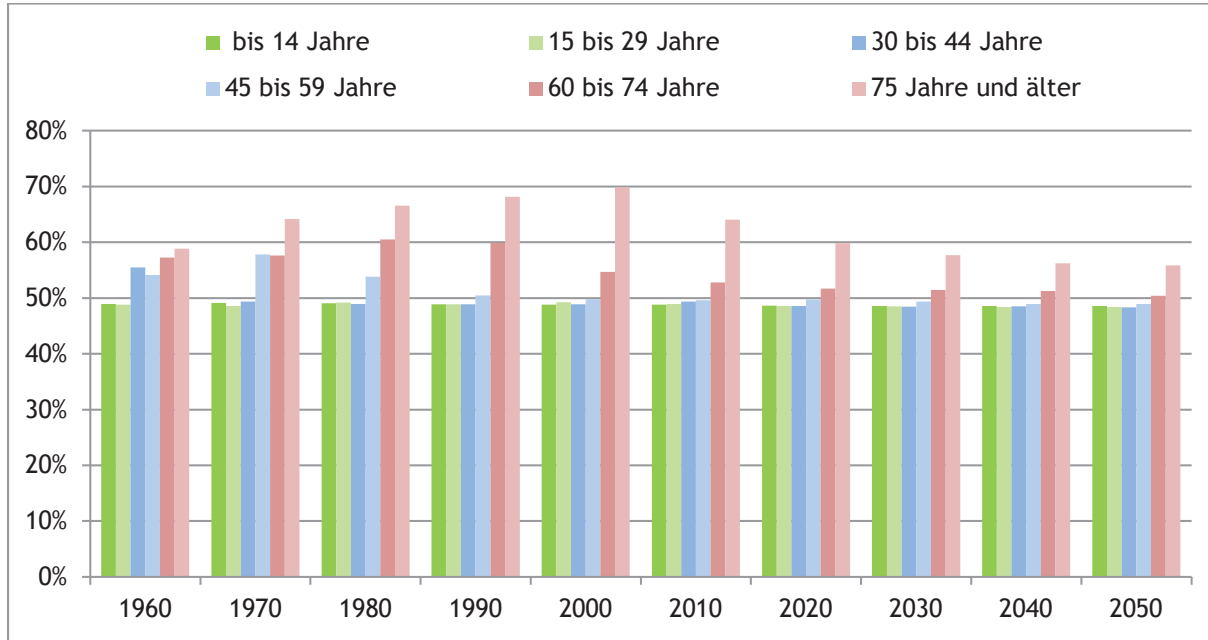
Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 18.2.2015 (IGP-Berechnungen)

In der Literatur ist der starke Frauenüberhang im höheren Alter unter dem Begriff „Feminisierung des Alters“ bekannt. Es handelt sich dabei um ein weltweites Phänomen des 20. Jahrhunderts, das durch die deutlich höhere Lebenserwartung der Frauen begründet wird. Als gesellschaftliche Hintergründe werden die Industrialisierung und die damit verbundenen Veränderungen in den Lebensbedingungen angesehen.¹⁰

Für die Zunahme des Frauenüberhangs im höheren Alter war, neben der höheren Lebenserwartung der Frauen, auch das Vorrücken von durch die Weltkriege dezimierten Männerkohorten verantwortlich. Diesbezüglich ist der Zenit bereits überschritten. Zwischen 1960 und 2000 ist der Anteil der Frauen an den über 75-Jährigen von 59 Prozent auf 70 Prozent angestiegen. Seit der Jahrtausendwende sinkt der Anteil kontinuierlich. Laut Bevölkerungsprognose ist 2030 in dieser Altersgruppe mit einem Frauenanteil von 58 Prozent zu rechnen und 2050 mit 56 Prozent.

¹⁰ Höpflinger 2016

Abbildung 4: Entwicklung des Frauenanteils nach Altersgruppen bis 2050 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 18.2.2016 (IGP-Berechnungen)

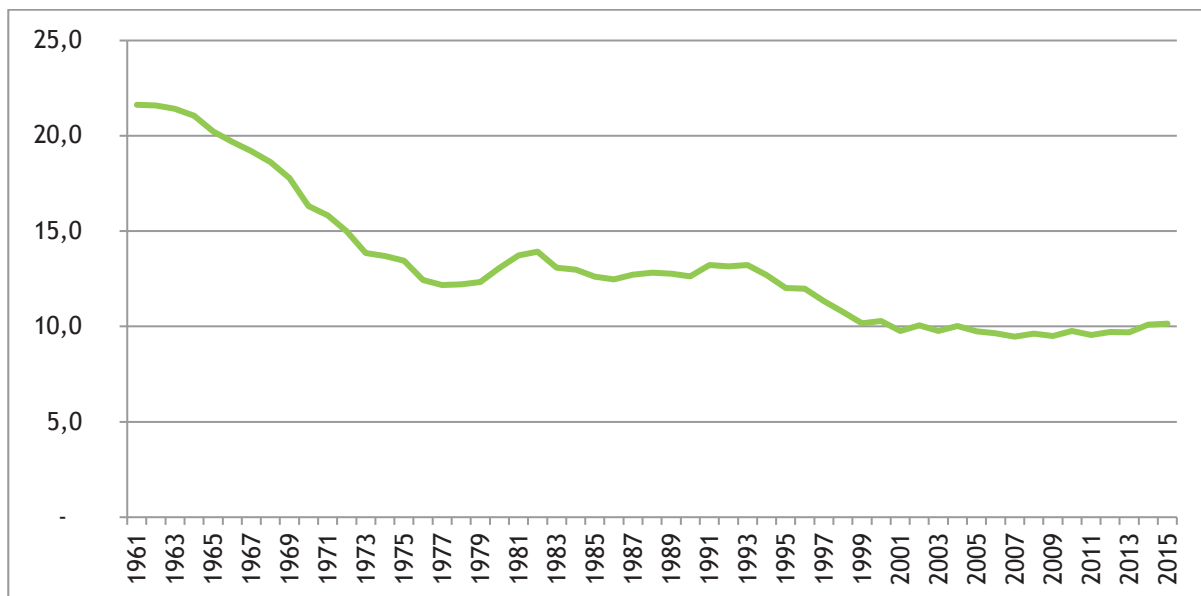
1.2. Geburten

In Österreich beträgt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau (Gesamtfertilitätsrate) derzeit rund 1,44. Zwischen 1965 und 1985 ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten (1965: 1,70 Kinder pro Frau). Seit Mitte der 1980er Jahre ist die Fertilitätsrate, mit leichten Schwankungen, einigermaßen stabil. Der niedrigste Wert wurde im Jahr 2000 erreicht (1,36 Kinder pro Frau).¹¹ Das durchschnittliche Gebäralter hat in den letzten Jahrzehnten zugenommen.

Das durchschnittliche Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes beträgt derzeit knapp 29 Jahre. Als Hintergrund sind die höhere Bildungsbeteiligung und die stärkere Teilnahme der Frauen am Berufsleben anzusehen.¹²

In Oberösterreich werden derzeit (2015) pro Jahr rund 14.600 Kinder lebend geboren (10,1 auf 1.000 Einwohner_innen). Die Geburtenziffer ist vor allem in den 1960er und frühen 1970er Jahren stark zurückgegangen („Pillenknicke“).

Abbildung 5: Entwicklung der Geburtenziffer in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abt. Statistik; Lebendgeborene auf 1.000 der Bevölkerung

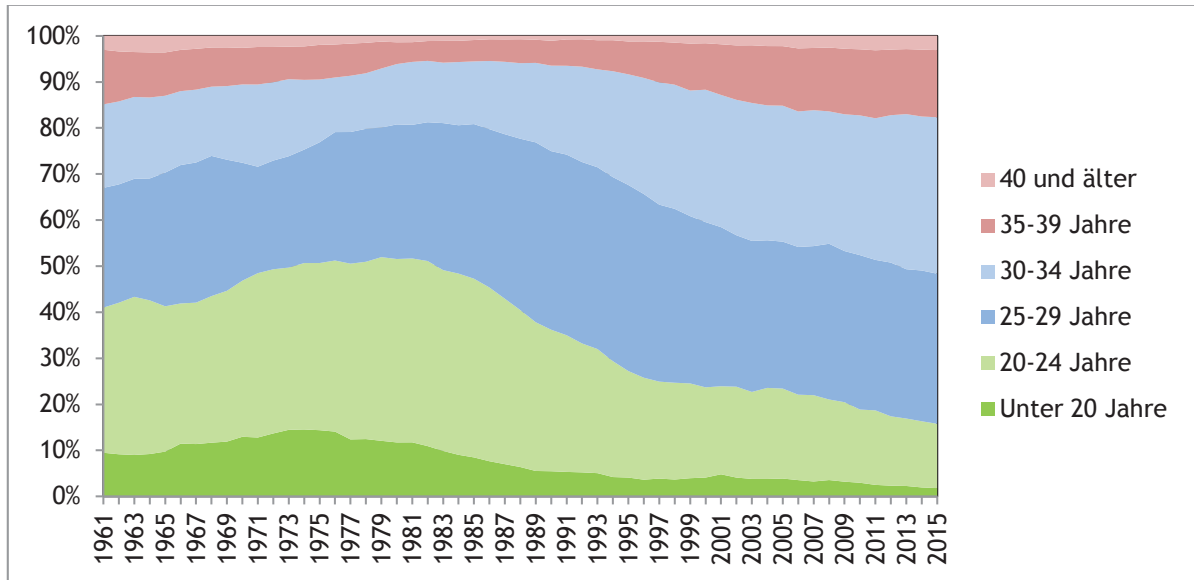
Der Anteil der Geburten, der auf Mütter unter 20 Jahren entfällt (Teenager-Schwangerschaften), ist seit Mitte der 1970er Jahre deutlich zurückgegangen (1975: 14%) und liegt derzeit bei 2 Prozent. Auch der Anteil der Geburten von Müttern im Alter zwischen 20 und 30 Jahren hat in

diesem Zeitraum abgenommen (von 63% auf 46%). Zugenommen haben demgegenüber Geburten in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren (von 21% auf 49%). Der Anteil von Geburten von Müttern über 40 Jahre liegt bei 3 Prozent (1975: 2%).

¹¹ Kaindl und Schipfer 2016, S. 23

¹² Schleicher und Pfabigan 2015, S. 5

Abbildung 6: Alter der Mutter bei der Geburt in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria; Land OÖ, Abt. Statistik

Die Anzahl der lebendgeborenen Kinder mit männlichem Geschlecht ist etwas höher als die Zahl der lebendgeborenen weiblichen Kinder. Im Jahr 2014 wurden in Oberösterreich 6.978 Mädchen und 7.463 Jungen geboren. Auf 1.000 weibliche Lebendgeburten kamen in diesem Jahr rund 1.070 männliche Lebendgeburten.¹³

Im Zusammenhang mit den Geburten ist auch das Thema Säuglings- und Müttersterblichkeit von Bedeutung. Dieser Themenbereich wird im Kapitel 2.2.2. genauer behandelt.

¹³ Quelle: Statistik Austria 2015, S. 109

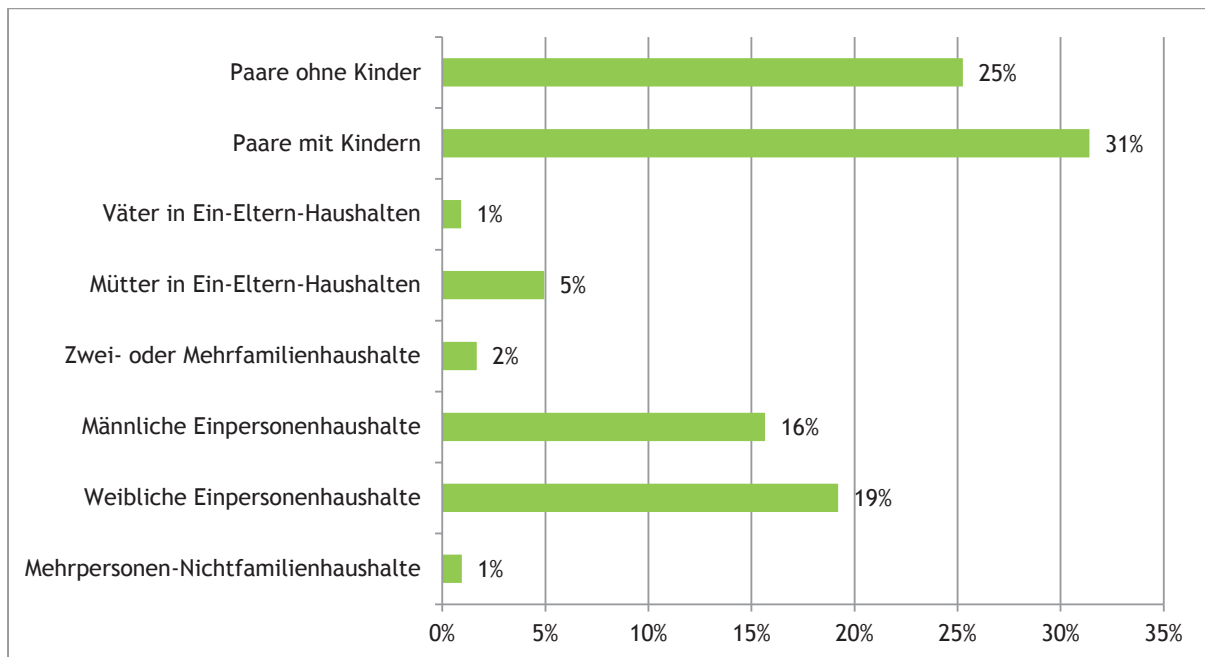
1.3. Familien und Haushalte

Hinsichtlich der Lebensformen ist in den letzten Jahrzehnten ein Trend zu kleineren Haushalten im urbanen Umfeld zu beobachten. Das Zusammenleben von Paaren mit Kindern ist zwar nach wie vor die häufigste Form des Zusammenlebens. Die Verbreitung ist jedoch in den letzten Jahrzehnten rückläufig. Demgegenüber steigt der Anteil von Paaren ohne Kinder und der alleine lebenden Männer und Frauen. Aufgrund der sinkenden Heiratsquote nimmt die Bedeutung von nichtehelichen Gemeinschaften und Alleinerziehenden zu. Die Zahl der Eheschließungen hat in den letzten Jahrzehnten abgenommen. Zudem

hat das durchschnittliche Alter bei der Eheschließung zugenommen. Auch die Scheidungsrate ist gestiegen. Nach einer Trennung bzw. Scheidung wird häufig erneut eine Partnerschaft oder Ehe eingegangen. Der Großteil der Alleinerziehenden sind Frauen.¹⁴

In Oberösterreich gibt es rund 615.500 Haushalte (2015). Der Großteil davon (31%) sind Paare mit Kindern, gefolgt von Paaren ohne Kinder (25%), weiblichen Einpersonenhaushalten (19%) und männlichen Einpersonenhaushalten (16%). Ein-Eltern-Haushalte bestehen vor allem aus Müttern mit ihren Kindern (5% der Haushalte) und zu einem geringen Anteil aus Vätern mit ihren Kindern (1%).

Abbildung 7: Haushalte in Oberösterreich 2015



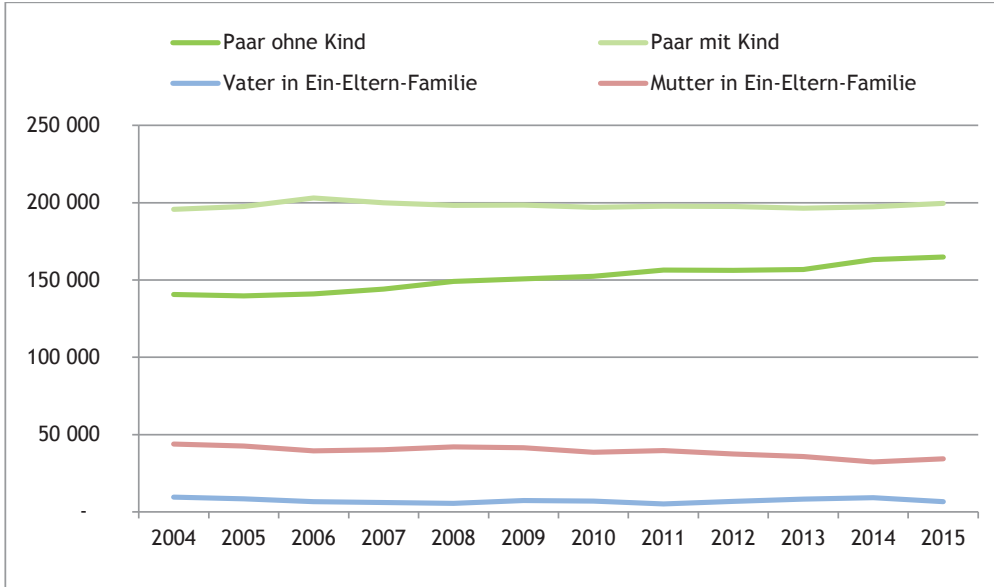
Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2015 (IGP-Darstellung); Anteil der Haushalte in Oberösterreich

Seit 2004 ist in Oberösterreich die Zahl der Haushalte, die aus einem Paar ohne Kind bestehen, deutlich angestiegen (um 17%), während sich die Zahl der Paare mit Kindern kaum verändert hat (plus 2%). Demgegenüber ist die An-

zahl der Ein-Eltern-Haushalte von Müttern zurückgegangen (minus 22%). Die Anzahl der Ein-Eltern-Haushalte mit Vätern schwankt im Beobachtungszeitraum auf niedrigem Niveau.

¹⁴ Schleicher und Pfabigan 2015, S. 5

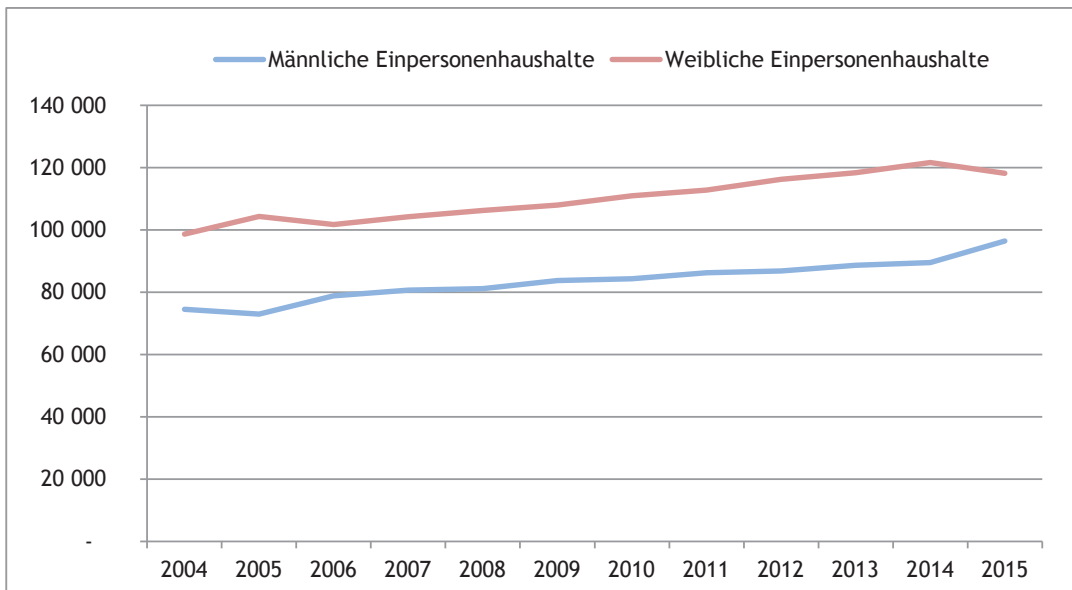
Abbildung 8: Entwicklung der Familienhaushalte in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Darstellung)

Die Anzahl der Ein-Personen-Haushalte hat zwischen 2004 und 2015 stark zugenommen. Bei Männern ist der Anstieg deutlich höher (plus 29%) als bei Frauen (plus 20%).

Abbildung 9: Entwicklung der Ein-Personen-Haushalte in Oberösterreich



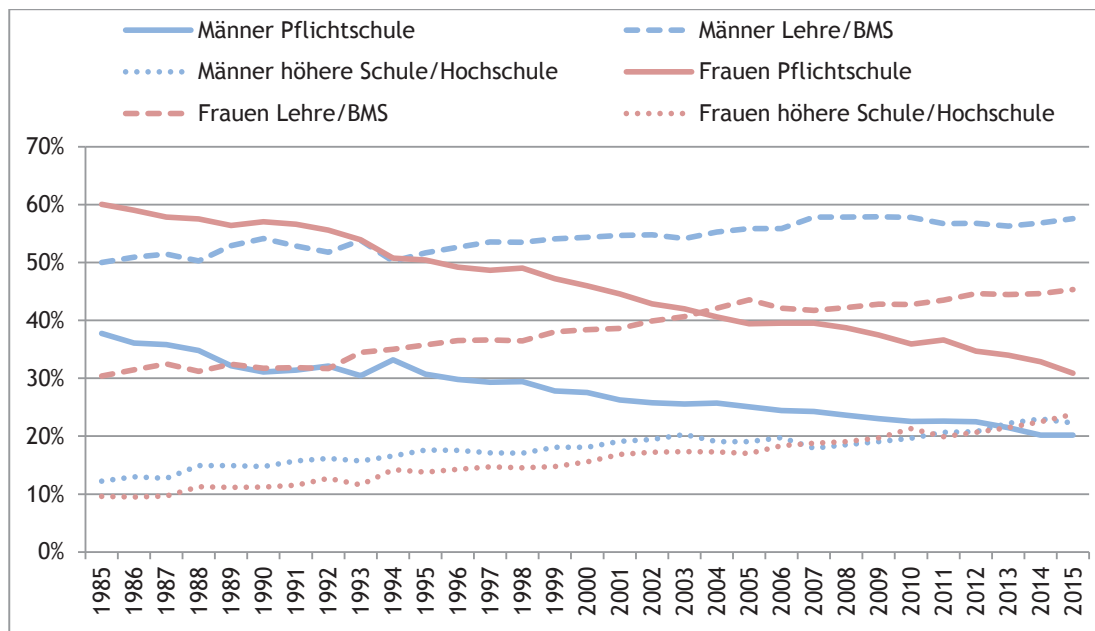
Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Darstellung)

1.4. Bildungsgrad

Der durchschnittliche Bildungsgrad der oberösterreichischen Bevölkerung ist bei Männern und Frauen seit Mitte der 1980er Jahre gestiegen. Der Anteil der über 15-Jährigen mit Pflichtschulabschluss ist bei den Männern von 38 Prozent auf 20 Prozent zurückgegangen, bei den Frauen von 60 Prozent auf 31 Prozent. Der Bevölkerungsanteil mit mittlerer Bildung (Lehre/BMS) ist im selben Zeitraum

bei Männern von 50 Prozent auf 58 Prozent gestiegen und bei Frauen von 30 Prozent auf 45 Prozent. Deutlich zugenommen haben auch höhere Bildungsabschlüsse (Matura oder Hochschule). Bei Männern ist der Anteil von 12 Prozent auf 22 Prozent gestiegen, bei Frauen von 10 Prozent auf 24 Prozent.

Abbildung 10: Bildungsgrad in Oberösterreich (Männer und Frauen über 15 Jahre)

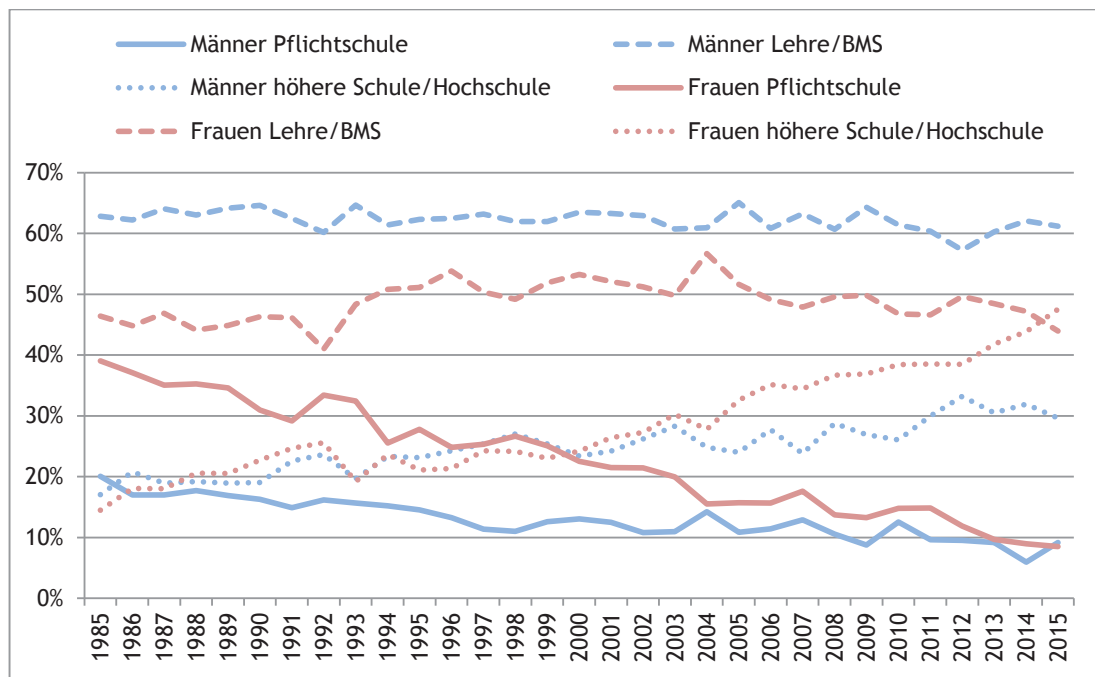


Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.8.2016 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre

Der höchste erreichte Bildungsabschluss der 25- bis 35-Jährigen ist ein genauerer Indikator für die Veränderung von Bildungschancen, da der Einfluss des Bildungsgrades der älteren Kohorten das Ergebnis nicht beeinflusst. In dieser Altersgruppe ist seit Mitte der 1980er Jahre der Anteil mit Pflichtschulabschluss bei Frauen von

39 Prozent auf 9 Prozent zurückgegangen, bei Männern von 20 Prozent auf 9 Prozent. Demgegenüber ist der Anteil mit höheren Abschlüssen (Matura, Hochschule) deutlich gestiegen, bei Frauen von 15 Prozent auf 48 Prozent und bei Männern von 17 Prozent auf 30 Prozent.

Abbildung 11: Bildungsgrad in Oberösterreich (Männer und Frauen 25-35 Jahre)



Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.8.2016 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung 25-35 Jahre

In Österreich sind die Bildungschancen nach wie vor stark von den soziokulturellen Lebensbedingungen der Herkunftsfamilie abhängig. Die Wahrscheinlichkeit, einen weiterführenden bzw. höheren Bildungsabschluss zu erlangen, ist unter Kindern aus bildungsferneren Bevölkerungsgruppen deutlich geringer als in bildungsnäheren Familien. Kinder von Eltern mit maximal Pflichtschulab-

schluss erlangen zu 28 Prozent keinen über den Pflichtschulabschluss hinausreichenden Bildungsabschluss. Unter den Kindern von Eltern mit weiterführender (Aus) Bildung (höher als Pflichtschule) trifft dies nur auf 6 Prozent zu.¹⁵

Weitere Informationen zu den Bildungschancen von Jugendlichen sind im Kapitel 5.1.3 im vorliegenden Bericht zu finden.

¹⁵ Lamei und Till 2017, S. 40

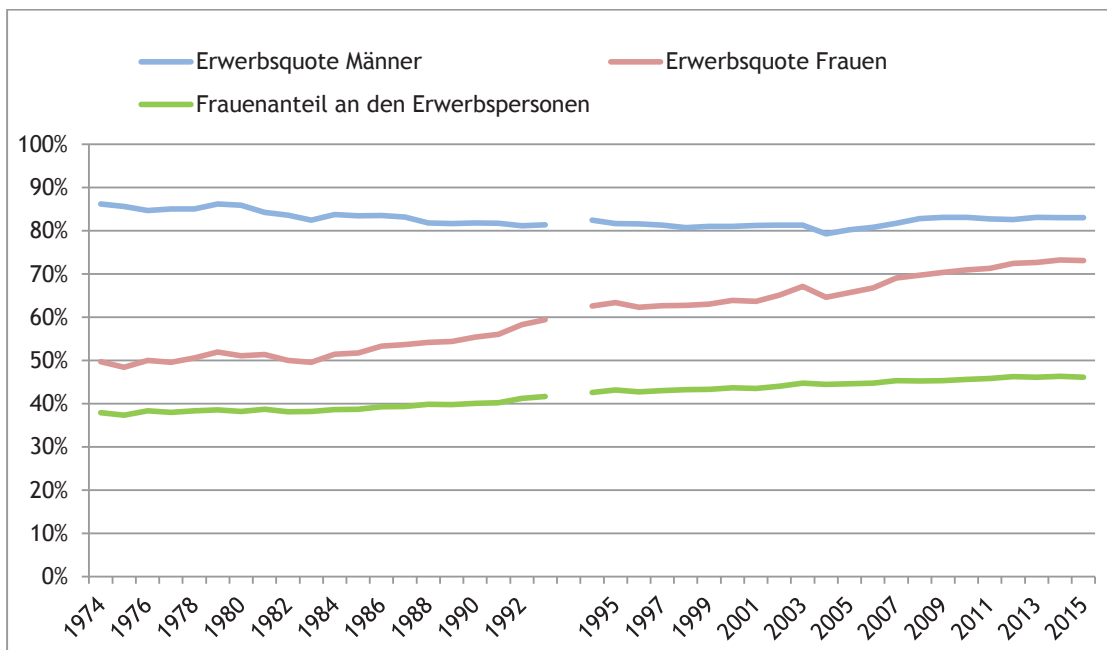
1.5. Beruf, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit

Bis 2015 stieg der Anteil auf fast drei Viertel der Frauen (73%). Bei den Männern zeigen sich nur geringfügige Veränderungen. 2015 betrug die Erwerbsquote 83 Prozent.

1.5.1. Erwerbsquote

Die Erwerbsquote der Frauen ist in den letzten Jahrzehnten stark angestiegen. Mitte der 1970er Jahre war in Oberösterreich rund die Hälfte der Frauen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig (Erwerbsquote 50%).

Abbildung 12: Entwicklung der Erwerbstätigkeit nach Geschlecht in Oberösterreich

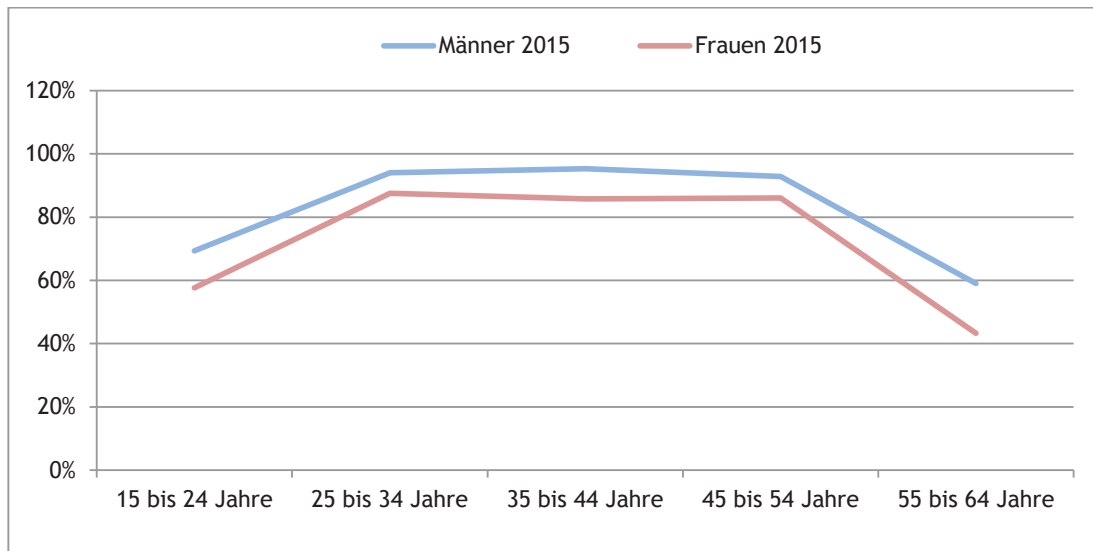


Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung 15-64 Jahre; Zeitreihenbruch: bis 1993 Lebensunterhaltskonzept (LUK), ab 1994 ILO-Konzept (Präsenz- und Zivildienstler wurden zu den Erwerbspersonen gezählt)

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist die Erwerbsquote bei den unter 25-Jährigen etwas geringer als im mittleren Lebensalter (Männer 69%, Frauen 58%), da sich noch ein erheblicher Anteil in Ausbildung befindet. In den Altersgruppen zwischen 25 und 55 Jahren liegt die Erwerbsquote der Frauen (86-88%) etwas unter der

von Männern (93-95%). In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen sinkt die Erwerbsquote der Frauen (aufgrund des derzeit noch niedrigeren gesetzlichen Pensionsalters) etwas stärker ab (auf 43%) als bei den Männern (59%).

Abbildung 13: Erwerbsquote nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Berechnungen); ILÖ-Konzept (Präsenz- und Zivildienstler wurden zu den Erwerbspersonen gezählt)

1.5.2. Atypische Beschäftigungsverhältnisse

Unter atypischen Beschäftigungsverhältnissen versteht man im Allgemeinen ein vom sogenannten Normalarbeitsverhältnis (unbefristete Vollzeitbeschäftigung mit umfassender sozialrechtlicher Absicherung) abweichendes Dienstverhältnis. Zu den atypischen Beschäftigungsverhältnissen zählen Teilzeitarbeit, Beschäftigung mit geringer Stundenanzahl, befristete Dienstverhältnisse, Leiharbeit und freie Dienstverträge.

Frauen sind deutlich häufiger von atypischer Beschäftigung betroffen. Österreichweit sind 51 Prozent der beschäftigten Frauen atypisch beschäftigt (davon 36% aufgrund ausschließlicher Teilzeit). Bei den Männern beträgt der Anteil 16 Prozent (davon 6% aufgrund ausschließlicher Teilzeit). Der höhere Anteil der atypischen Beschäftigungsverhältnisse geht vor allem auf den höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigungen zurück. Hinsichtlich der sonstigen Formen atypischer Beschäftigung unterscheiden

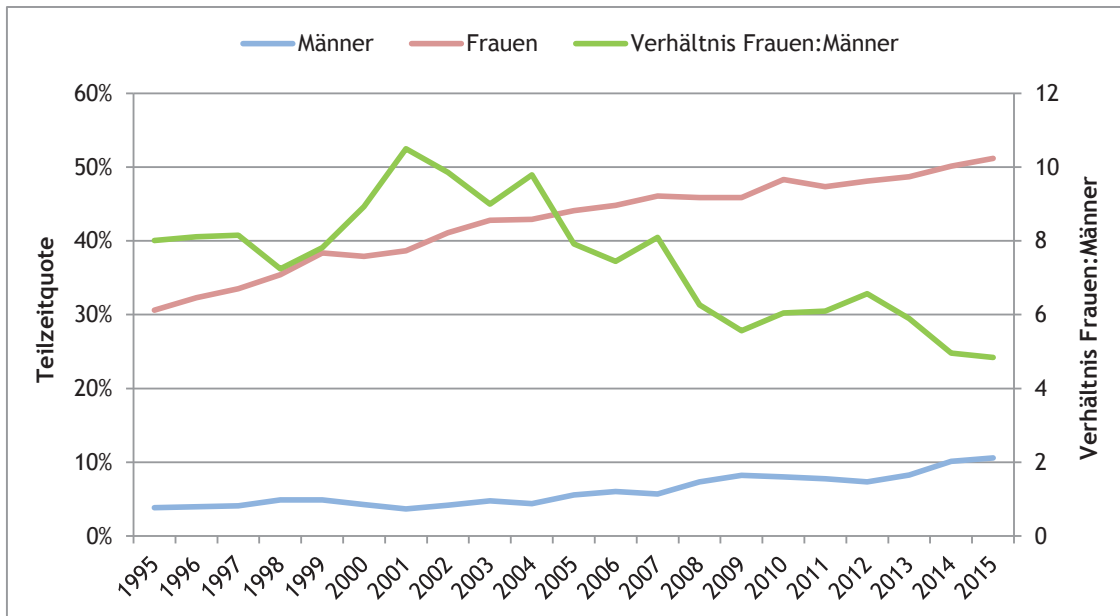
sich Frauen und Männer nur geringfügig (Männer 11%, Frauen 15%). Während mehr Frauen von Beschäftigung mit geringer Stundenzahl (unter 12 Wochenstunden) betroffen sind (in geringerem Umfang trifft dies auch auf Befristungen und freie Dienstverträge zu) sind mehr Männer in der Leiharbeit beschäftigt.¹⁶

1.5.3. Beschäftigungsausmaß

In den letzten Jahrzehnten ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten in Oberösterreich - vor allem bei beschäftigten Frauen, aber auch bei den Männern - deutlich gestiegen. Gut die Hälfte der berufstätigen Frauen in Oberösterreich arbeitet Teilzeit (51%). Die Teilzeitquote der Männer ist deutlich niedriger (11%).

¹⁶ Fasching et al. 2015, S. 39

Abbildung 14: Entwicklung der Teilzeitquote nach Geschlecht in Oberösterreich

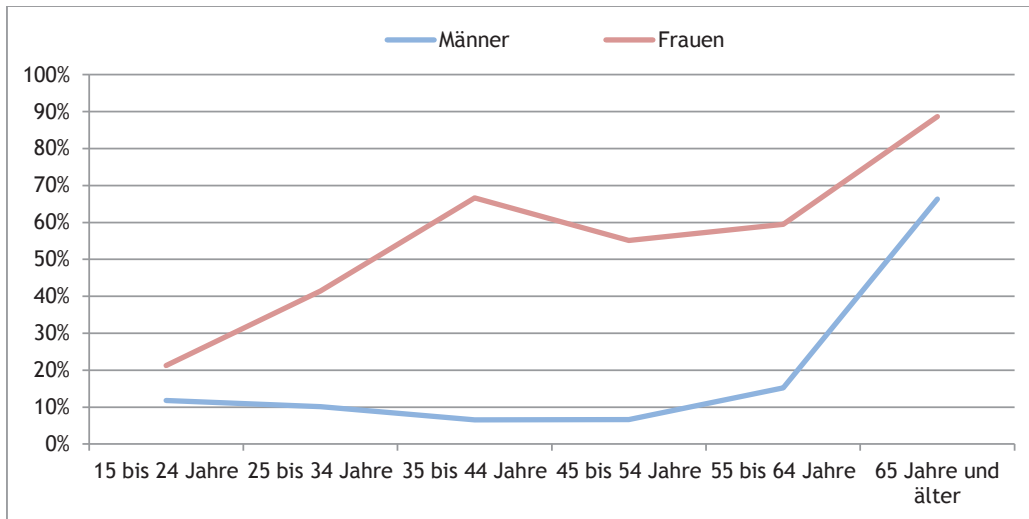


Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2015 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Erwerbstätige; Zeitreihenbruch: bis 1993 Lebensunterhaltskonzept (LUK), ab 1994 ILÖ-Konzept; Teilzeit: bis 2003: bis 35 Wochenstunden; ab 2004: Selbstangabe (bzw. unter 30 Wochenstunden)

Die Teilzeitquote der Frauen beträgt in der Altersgruppe zwischen 15 und 24 Jahre 21 Prozent, steigt bis zum mittleren Alter (35 bis 44 Jahre) auf 67 Prozent an und geht dann wieder etwas zurück (auf 55% bei den 45-bis 54-Jährigen). Im fortgeschrittenen Erwerbsleben (über 65 Jahre) ist wieder ein deutlicher Anstieg zu beobachten (89%).

Bei den jüngeren Männern (15 bis 24 Jahre) liegt die Teilzeitquote bei 12 Prozent. Im mittleren Alter geht der Anteil der Teilzeitbeschäftigten etwas zurück (rund 7% bei den 35- bis 54-Jährigen) und steigt im späteren Erwerbsleben stark an (66% bei über 65-Jährigen).

Abbildung 15: Teilzeitquote nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Erwerbstätige; Zeitreihenbruch: bis 1993 Lebensunterhaltskonzept (LUK), ab 1994 ILÖ-Konzept; Teilzeit: bis 2003: bis 35 Wochenstunden; ab 2004: Selbstangabe (bzw. unter 30 Wochenstunden)

Die hohe Teilzeitquote bei den 35- bis 44-jährigen Frauen bzw. der starke Anstieg in den Altersgruppen davor dürfte auch mit der Geburt von Kindern zusammenhängen. Besonders bei Frauen mit Kindern ist Teilzeitarbeit häufig anzutreffen. In Österreich gehen zwei Drittel der erwerbstätigen 25- bis 49-jährigen Frauen, die mit einem Kind unter 15 Jahren im Haushalt leben, einer Teilzeitbeschäftigung nach. Demgegenüber wirkt sich bei Männern die Betreuung eines Kindes im Haushalt nicht wesentlich auf den Umfang der Berufstätigkeit aus.¹⁷ Insgesamt geben in Österreich 38 Prozent der teilzeitbeschäftigten Frauen zwischen 15 und 64 Jahren die Betreuung von Kindern oder pflegebedürftigen Erwachsenen als Grund für die Teilzeitbeschäftigung (Männer 5%) an. In der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen liegt der Anteil sogar bei 73 Prozent. Bei Männern ist der häufigste Grund für eine Teilzeitbeschäftigung schulische oder berufliche Aus- und Fortbildung mit 27 Prozent (Frauen 8%). Aus- und Fortbildung betrifft vor allem Personen im Alter von 20 bis 25 Jahren (Frauen 61% und Männer 71%) bzw. Personen im Alter von 25 bis 29 Jahren (Frauen 24%, Männer 57%). Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten, die als vorrangigen Grund angeben, dass sie keine Vollzeitbeschäftigung wünschen, ist bei Männern und Frauen gleich hoch (19%).¹⁸

Unterbrechungen der beruflichen Karriere sind mit Nachteilen verbunden (z.B. Karriereknick nach Geburt eines Kindes). Daher versuchen immer mehr Frauen rasch wieder ins Arbeitsleben zurückzukehren. Häufig wird zunächst eine Teilzeitbeschäftigung angenommen. Mit zu-

nehmendem Alter des Kindes steigt der Beschäftigungsumfang wieder.¹⁹

In Österreich gewinnt die Kombination aus vollzeitbeschäftigtem Mann und teilzeitbeschäftigter Frau zunehmend an Bedeutung. Zwischen 2004 und 2014 ist der Anteil der Paarhaushalte mit Kindern, bei denen beide Partner_innen Vollzeit berufstätig sind, zurückgegangen (von 20% auf 14%). Ebenso zurückgegangen ist der Anteil, bei denen ausschließlich der Mann berufstätig ist (von 27% auf 19%). Der Anteil der Paarhaushalte mit Kind, in denen der Mann Vollzeit und die Frau Teilzeit beschäftigt ist, hat demgegenüber zugenommen (von 35% auf 44%), (der Rest verteilt sich vor allem auf Paarhaushalte, in denen ein Elternteil in Elternkarenz ist bzw. auf andere Konstellationen, z.B. beide Teilzeit, niemand erwerbstätig, nur Frau erwerbstätig etc.).²⁰

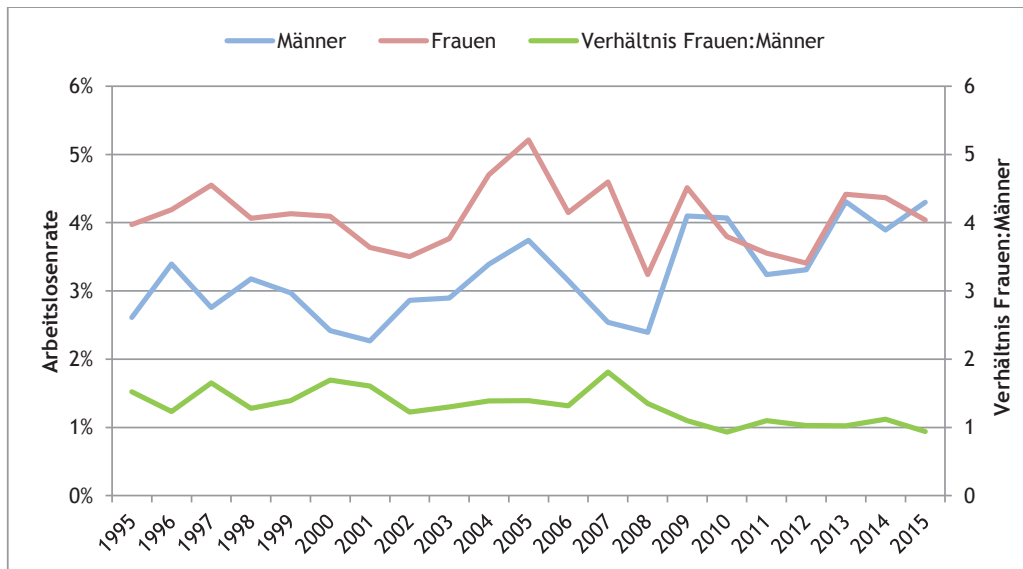
1.5.4. Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosenrate ist starken konjunkturellen Schwankungen unterworfen. In der Vergangenheit lag die Arbeitslosigkeit der Frauen meist über jener der Männer. Seit 2009 ist die Arbeitslosenrate der Frauen ähnlich wie die der Männer. Dies könnte damit zusammenhängen, dass zu Beginn der Finanzkrise (vor allem 2009) insbesondere der Produktionssektor von einem Anstieg der Arbeitslosigkeit betroffen war, der hinsichtlich der Beschäftigtenstruktur männlich dominiert ist.²¹

¹⁷ Statistik Austria 2016a
¹⁸ Kaindl und Schipfer, S. 69

¹⁹ Schleicher und Pfabigan 2015
²⁰ Statistik Austria 2016a
²¹ Klopff, S. 313

Abbildung 16: Entwicklung der Arbeitslosigkeit nach Geschlecht in Oberösterreich

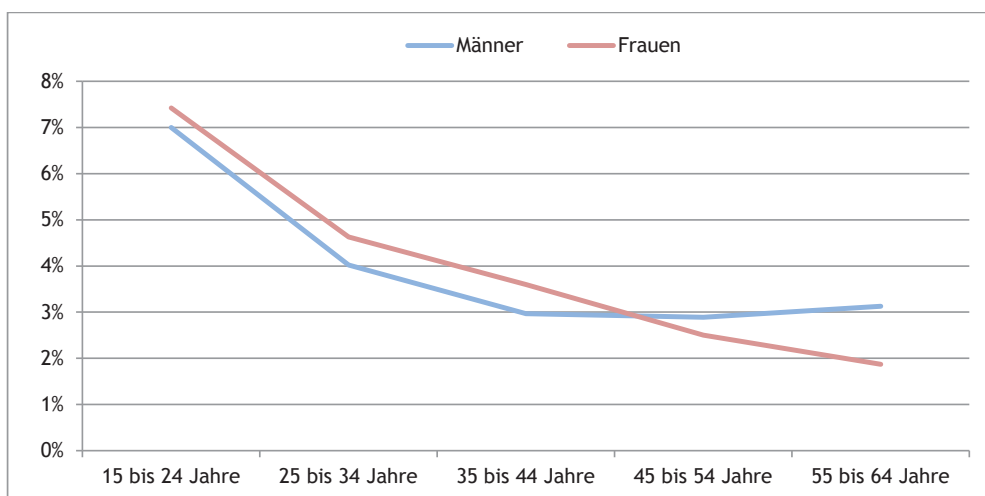


Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung 15-64 Jahre; Zeitreihenbruch: bis 1993 Lebensunterhaltskonzept (LUK), ab 1994 ILÖ-Konzept (Präsenz- und Zivildienstler wurden zu den Erwerbspersonen gezählt)

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen ist die Arbeitslosigkeit besonders unter den Jüngeren hoch (7,0 bzw. 7,4 %). Mit zunehmendem Alter sinkt die Arbeitslosenrate. (auf 3,0 bzw. 3,6 % in der Altersgruppe 35-44 Jahre). In den Altersgruppen unter 45 Jahren ist die Arbeitslosigkeit

der Frauen höher als die der Männer. Besonders groß ist der Unterschied bei den 35- bis 44-Jährigen. Im fortgeschrittenen Erwerbsleben sinkt die Arbeitslosenrate der Frauen unter die der Männer.

Abbildung 17: Arbeitslosigkeit nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich (Mittelwert 2010-2015)



Quelle: Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.html; zuletzt geprüft 28.4.2016 (IGP-Berechnungen); ILÖ-Konzept (Präsenz- und Zivildienstler wurden zu den Erwerbspersonen gezählt)

1.6. Einkommen

Österreich zählt im EU-Vergleich zu den Ländern mit den größten Lohnunterschieden zwischen Männern und Frauen. 2014 lag das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen der Frauen um 39 Prozent unter dem der Männer (2004: 41%). Dies ist unter anderem auf den hohen Anteil mit Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen. Vergleicht man das Einkommen von Vollzeitbeschäftigten in der Privatwirtschaft (Gender Pay Gap), liegen Frauen um 23 Prozent unter dem Durchschnittseinkommen der Männer (EU-28: 16%).²² Nur in Estland ist der Unterschied noch größer (28%). Die geringsten Differenzen zwischen Männern und Frauen sind in Slowenien (3%), Italien (7%) und Polen (8%) vorzufinden. Im Zeitraum zwischen 2009 und 2014 sind die Einkommensunterschiede in der Privatwirtschaft in Österreich leicht zurückgegangen (von 24 auf 23%).²³

Wesentliche Einflussfaktoren auf die Einkommensunterschiede zwischen Männern und Frauen sind die hohe Erwerbs- und Teilzeitquote der Frauen und die starke branchen- und berufsbezogene Segregation am Arbeitsmarkt (Frauen sind eher in Berufen und Branchen mit niedrigeren Löhnen beschäftigt). Zudem spielen die im Durchschnitt geringere Dauer der Betriebszugehörigkeit von Frauen und Ausbildungsunterschiede eine Rolle. Durch diese und andere (z.B. Anstellungsverhältnis etc.) objektive Merkmale können in Österreich aber nur 38 Prozent der geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede erklärt werden.

Häufig verwendete Kennzahlen für die Beschreibung der Einkommensverteilung sind Median und Quartile. Das erste (unterste) Quartil gibt die Einkommensgrenze an, unter der das Viertel der Einkommensbezieher_innen mit dem geringsten Einkommen liegt (25% haben ein geringeres und 75% ein höheres Einkommen). Der Median (2. Quartil) bezeichnet den Wert, bei dem die Hälfte ein höheres und die andere Hälfte ein niedrigeres Einkommen beziehen. Das dritte Quartil beschreibt den Wert, bei dem ein Viertel über ein höheres und drei Viertel über ein niedrigeres Einkommen verfügen.

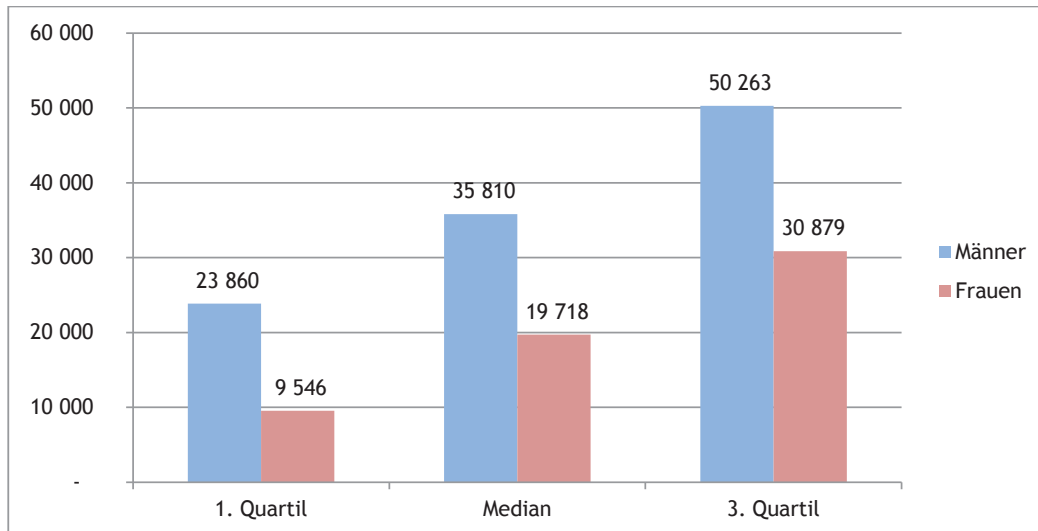
In Oberösterreich beträgt das durchschnittliche (Median) Jahreseinkommen der Männer rund 35.800 Euro, das der Frauen 19.700 Euro. Das Einkommen der unselbständigen Erwerbstätigen mit dem geringsten Jahreseinkommen (1. Quartil) liegt bei den Frauen unter 9.500 Euro, bei den Männern unter 23.800 Euro. Bei den Männern verdient das Viertel mit dem höchsten Jahreseinkommen (3. Quartil) über 50.300 Euro während das bestverdienende Viertel der Frauen über 30.900 Euro verdient.

Informationen über die Einkommensunterschiede im Gesundheitswesen sind auch im Kapitel 4.2.5. im vorliegenden Bericht zu finden.

²² Statistik Austria 2016a

²³ Industrie, Baugewerbe und Dienstleistungen (ohne Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung). Quelle: Eurostat: Geschlechtsspezifisches Verdienstgefälle, ohne Anpassungen, nach NACE Rev. 2 Tätigkeit - Methodik: Lohnstrukturerhebung [earn_gr_gpgr2]; 30.8.2016

Abbildung 18: Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen 2014 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html; zuletzt geprüft 23.2.2016; Bruttojahreseinkommen in Euro

Factbox

- Im Hinblick auf die sogenannte „Feminisierung des Alters“, also des deutlichen Frauenüberhangs in den älteren Bevölkerungsgruppen, ist der Zenit bereits erreicht. Die Bevölkerungsprognosen gehen davon aus, dass in den nächsten Jahrzehnten der Anteil der Männer im höheren Lebensalter zu nehmen wird.
- Die Geburtenrate ist vor allem in den 1960er und 1970er Jahren stark zurückgegangen und hat sich seit Mitte der 1980er Jahre auf niedrigerem Niveau stabilisiert. Das durchschnittliche Alter der Mütter ist deutlich gestiegen. Die Zahl der Teenager-Mütter ist rückläufig.
- Die Formen des Zusammenlebens sind in den letzten Jahrzehnten vielfältiger geworden. Die Zahl der Paarhaushalte ohne Kinder hat in den letzten Jahren etwas zugenommen. Deutlich gestiegen sind männliche und weibliche Einpersonenhaushalte. Der Großteil der Ein-Elternhaushalte sind Mütter mit Kind(ern). Väter in Ein-Elternhaushalten sind in der Minderzahl. In diesem Zusammenhang ist zu vermerken, dass großteils Frauen Alleinerziehende sind, wobei es auch alleinerziehende Männer gibt.
- Hinsichtlich des Zuganges zu Bildung haben Frauen in den letzten Jahrzehnten deutlich aufgeholt. Die Bildungschancen sind für Männer und für Frauen angestiegen, für Frauen stärker als für Männer. In den

jüngeren Altersgruppen weisen mehr Frauen einen höheren Bildungsabschluss (Matura, Hochschule) auf, während Männer häufiger über mittlere Abschlüsse (Lehre, BMS) verfügen.

- Die Erwerbsbeteiligung der Frauen hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen und hat sich derjenigen der Männer deutlich angenähert. Mehr als die Hälfte der Frauen arbeitet Teilzeit. Die Teilzeitquote der Männer liegt deutlich niedriger als die der Frauen. Bei Männern und Frauen ist in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg zu beobachten. In Österreich hat die Kombination aus vollzeitbeschäftigtem Mann und teilzeitbeschäftigter Frau Bedeutung.
- Österreich gehört im europäischen Vergleich zu den Ländern mit den größten Einkommensunterschieden zwischen Männern und Frauen. Beschäftigte Frauen verdienen trotz höherer Bildung weniger als Männer. Dies ist unter anderem durch Unterschiede im Beschäftigungsmaß, Ausbildung, berufliche und branchenspezifische Einkommensunterschiede und Beschäftigungsdauer erklärbar.
- Seit 2009 ist die Arbeitslosigkeit bei Frauen ähnlich wie die der Männer. Davor waren Männer in geringerem Ausmaß von Arbeitslosigkeit betroffen.

2. GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

2.1. Lebenserwartung

In ganz Europa ist die Lebenserwartung bei der Geburt im letzten Jahrhundert deutlich angestiegen. Wesentliche Hintergründe dafür sind der Rückgang der Säuglingssterblichkeit, der Anstieg des Lebensstandards, eine günstigere Lebensweise, bessere Bildung der Bevölkerung und Fortschritte im Gesundheitswesen.²⁴ Obwohl die Lebenserwartung in allen europäischen Ländern gestiegen ist, sind zwischen den Staaten deutliche Unterschiede zu beobachten.²⁵ Die Entwicklung in einzelnen Ländern ist teilweise sehr unterschiedlich und stark von den politischen und sozioökonomischen Bedingungen geprägt worden. Beispielsweise hatte die Restrukturierung der ehemals kommunistischen osteuropäischen Staaten teilweise deutliche Auswirkungen auf die Lebenserwartung der Bevölkerung. In manchen postkommunistischen Ländern war in den 1990er Jahren eine Stagnation, in manchen sogar ein deutlicher Rückgang der Lebenserwartung zu beobachten.²⁶ Besonders stark war Russland betroffen, wo die Lebenserwartung innerhalb weniger Jahre um 6 Jahre zurückging. Insbesondere Männer im mittleren Alter waren von der Zunahme der Sterblichkeit betroffen.²⁷ In fast allen osteuropäischen Staaten hat sich im Zuge des Transits zum Postkommunismus die Sterblichkeit der Männer ungünstiger entwickelt als die der Frauen, so dass sich die Differenz der Lebenserwartung in diesem Zeitraum zugunsten der Frauen verschoben hat.²⁸

In den EU-28 Staaten beträgt die Lebenserwartung bei Geburt 78,1 Jahre bei Männern und 83,6 Jahre bei Frauen. Frauen leben also im Durchschnitt 5,5 Jahre länger als Männer. Unter den Männern weisen die Isländer (81,3 Jahre) die höchste und die Letten (69,1 Jahre) die niedrigste Lebenserwartung auf. Unter den Frauen reicht die Bandbreite von 86,2 Jahren in Spanien bis 77,5 Jahre in der ehemaligen jugoslawischen Republik Mazedonien. Insgesamt variiert die Lebenserwartung der Frauen in geringerem Ausmaß zwischen den Europäischen Staaten (Spannweite 8,7 Jahre) als bei den Männern (Spannweite 12,2 Jahre). Auch hinsichtlich der Geschlechterdifferenz sind starke Unterschiede zwischen den Ländern zu beobachten. Am größten ist die Differenz in der Lebenserwartung von Männern und Frauen in den baltischen Staaten (Litauen 10,9 Jahre, Lettland 10,3 Jahre und Estland 9,5 Jahre). Am geringsten sind die Unterschiede in Liechtenstein (2,2 Jahre), Island (3,2 Jahre) und den Niederlanden (3,5 Jahre). In Österreich betrug 2014 die Differenz zwischen Männern und Frauen 4,8 Jahre (Lebenserwartung: Männer 79,2 und Frauen 84,0).

²⁴ EUROSTAT 2016b

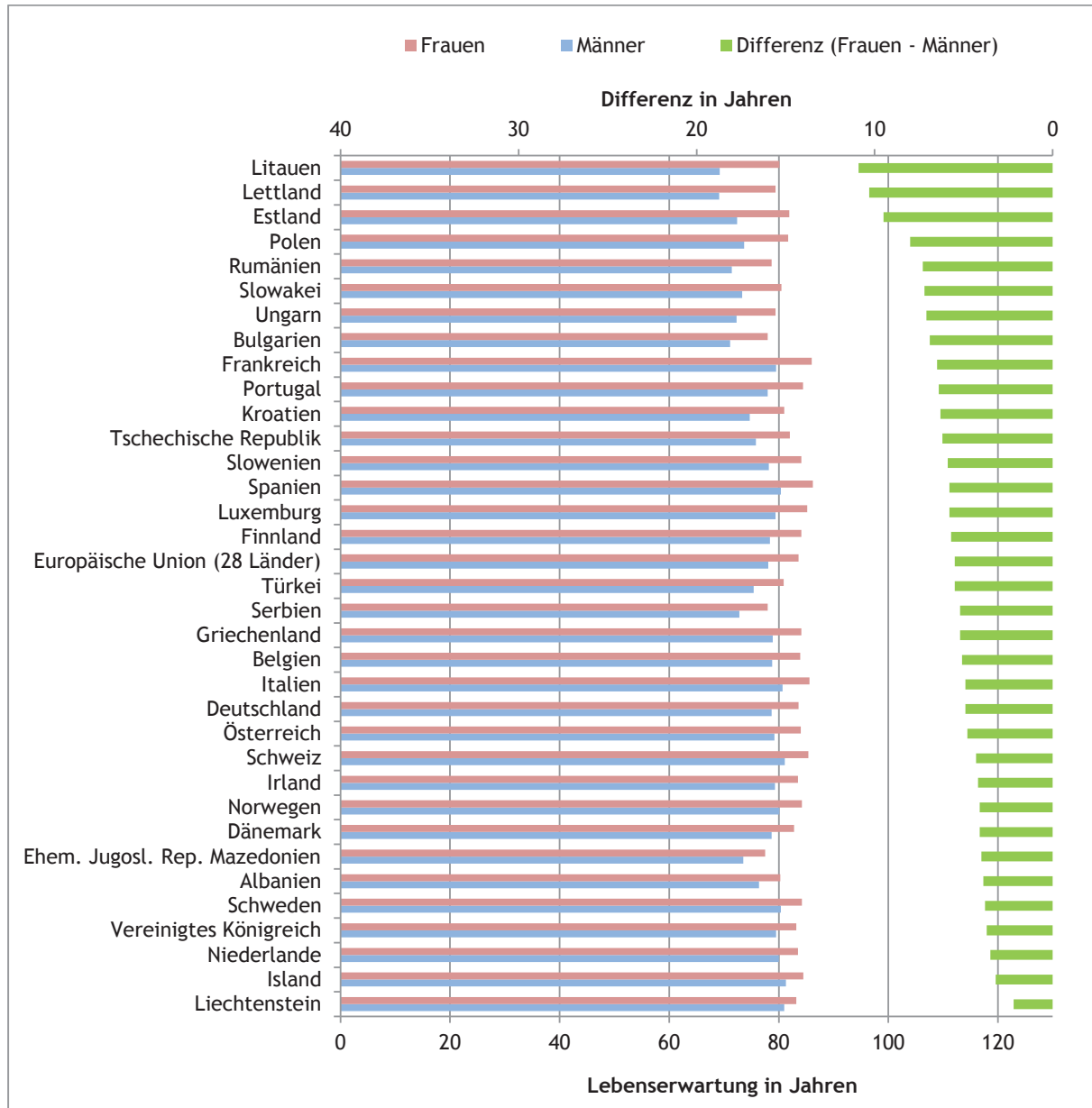
²⁵ EUROSTAT 2016b

²⁶ Mackenbach 2013

²⁷ Popov 2016

²⁸ Kruger und Nesse 2007

Abbildung 19: Lebenserwartung von Männern und Frauen in Europa



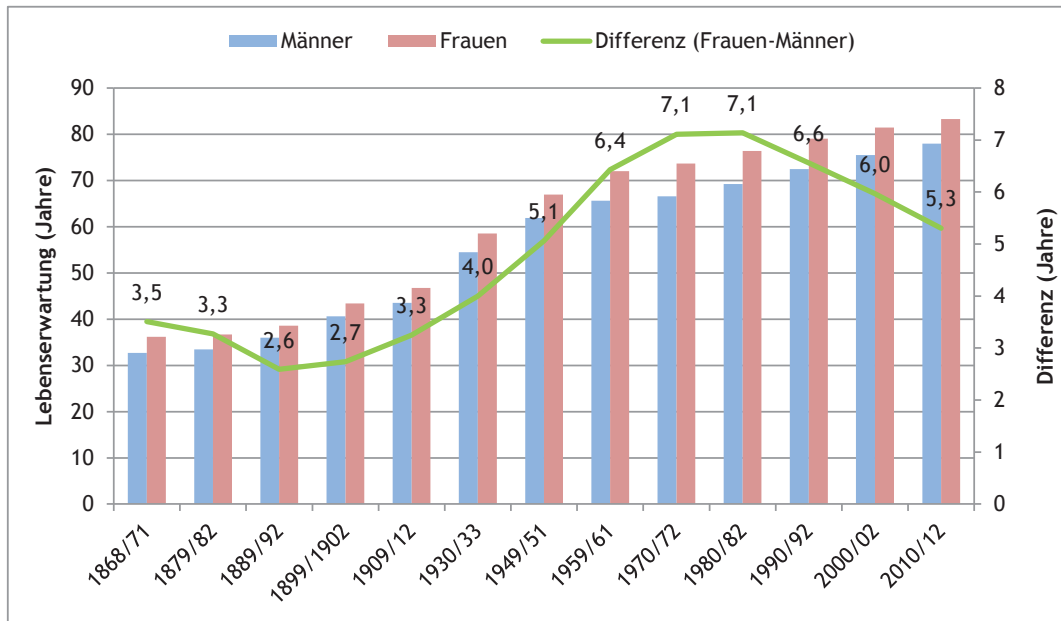
GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

Quelle: EUROSTAT; Lebenserwartung bei der Geburt 2014 (ausgewählte Länder)

In Österreich nähert sich in den letzten Jahrzehnten (ab 1980) die Lebenserwartung der Männer tendenziell der der Frauen an, d.h. in diesem Zeitraum ist die Lebenserwartung für beide Geschlechter gestiegen, allerdings bei den Männern stärker als bei den Frauen. Vor 1979 war der Anstieg der Lebenserwartung bei Frauen deutlich höher als bei Männern, was zu einer Verstärkung der Differenz

führte. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Lebenserwartung der Frauen um nur 3 Jahre höher als die der Männer. Bis 1970 erhöhte sich der Vorsprung der Frauen gegenüber den Männern auf 7 Jahre. Seit 1980 haben die Männer in der Lebenserwartung aufgeholt, so dass die Differenz zu den Frauen nur mehr rund 5 Jahre beträgt.

Abbildung 20: Lebenserwartung von Männern und Frauen in Österreich

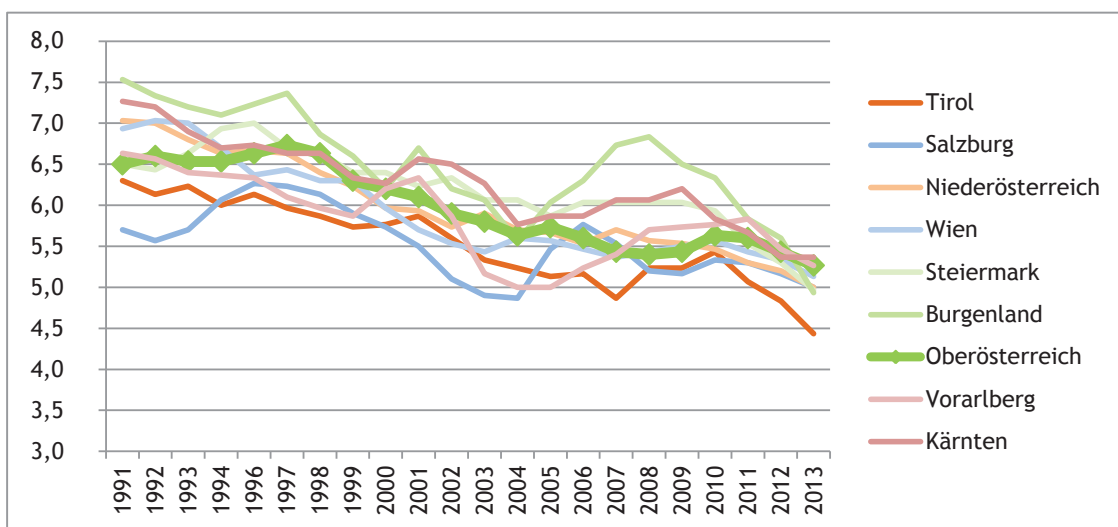


Quelle: Statistik Austria 2015; Lebenserwartung bei der Geburt

2014 betrug die Lebenserwartung in Oberösterreich bei Männern 79,4 Jahre und bei Frauen 84,5 Jahre (Differenz 5,1 Jahre). 1991 betrug der Unterschied noch 6,5 Jahre

(Männer 72,8 und Frauen 79,3). Ein ähnlicher Trend lässt sich in allen Bundesländern beobachten.²⁹

Abbildung 21: Unterschied der Lebenserwartung von Männern und Frauen nach Bundesland



Quelle: EUROSTAT; Differenz der Lebenserwartung bei der Geburt (Frauen-Männer), Gleitender Mittelwert (Drei-Jahres-Durchschnitt)

²⁹ Statistik Austria 2015

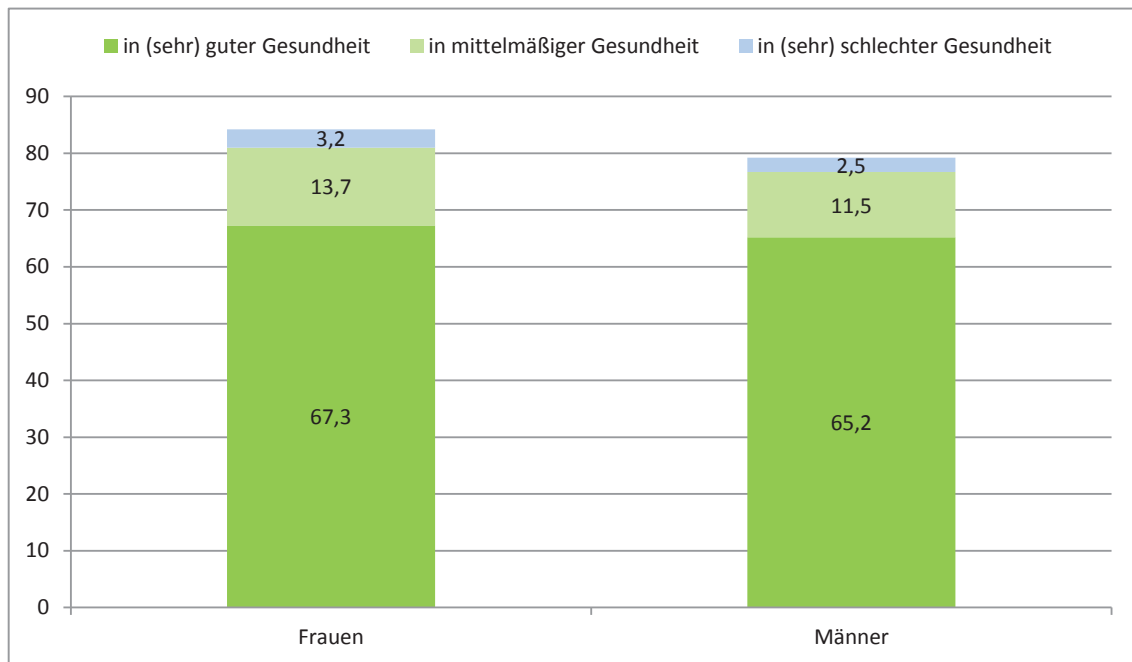
Männer mit Pflichtschulabschluss haben eine um 7,0 Jahre geringere Lebenserwartung als Männer mit Hochschulabschluss. Bei Frauen ist der Unterschied geringer (2,8 Jahre). Bei den Männern hat sich der soziale Gradient seit 2001/02 verstärkt, während bei Frauen keine Veränderung feststellbar ist (siehe Kapitel 3.5.).³⁰

Lebenserwartung in Gesundheit

Im Hinblick auf die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern deutlich geringer als bei der Lebenserwartung. Das bedeutet, dass Frauen mehr Lebensjahre bei schlechtem bzw. höchstens mittelmäßigem Gesundheitszustand verbringen.

In Oberösterreich liegt die Lebenserwartung bei (sehr) gutem Gesundheitszustand der Frauen bei 67,3 Jahren und jene der Männer bei 65,2 Jahren (Abbildung 22). Im Durchschnitt verbringen Frauen rund drei Jahre mehr in schlechter bzw. höchstens mittelmäßiger Gesundheit als Männer. Anders ausgedrückt verbringen Frauen 80 Prozent ihrer Lebenszeit bei guter oder sehr guter Gesundheit und Männer 82 Prozent.

Abbildung 22: Lebenserwartung bei (sehr) guter, mittelmäßiger und (sehr) schlechter Gesundheit 2014 in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria (Klimont und Klotz 2016); Oberösterreich

Auch hinsichtlich der Lebenserwartung bei guter Gesundheit lassen sich deutliche Unterschiede nach dem sozio-

ökonomischen Status erkennen. Die Thematik wird im Kapitel 3.5 detaillierter behandelt.

³⁰ Klotz und Asamer 2014

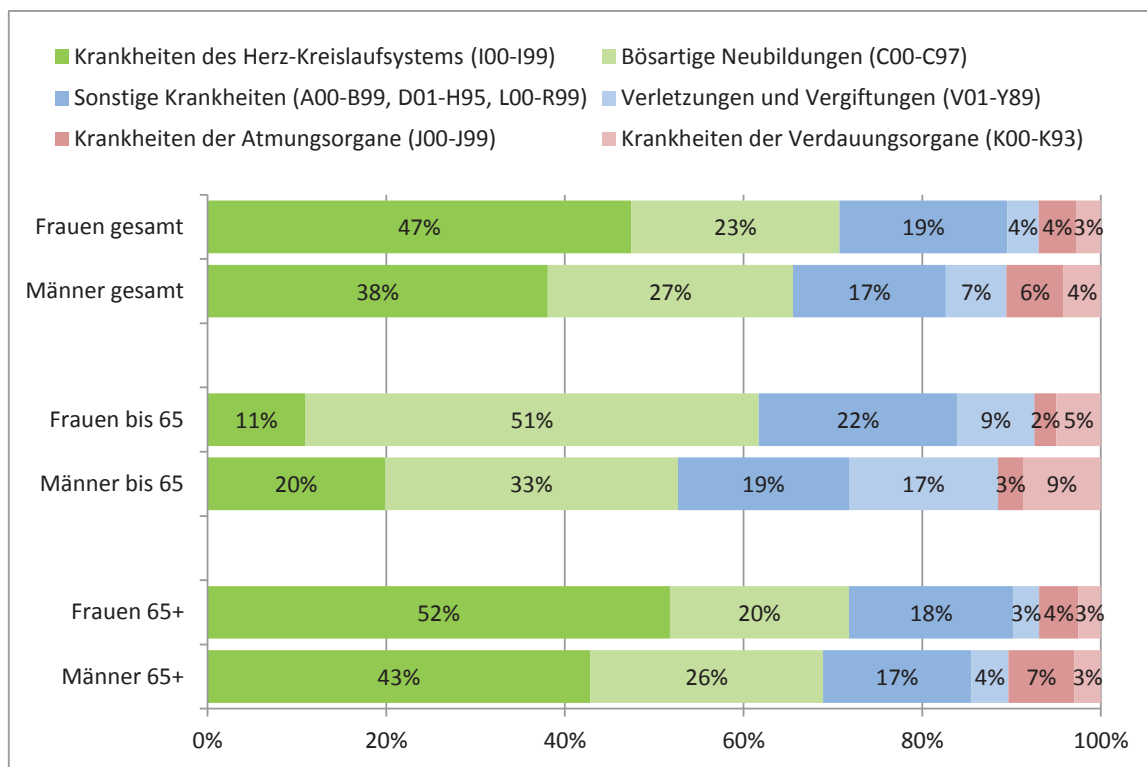
2.2. Todesursachen

2.2.1. Todesursachen von Männern und Frauen

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Herz-Kreislauferkrankungen die häufigste Todesursache (Frauen 47% und Männer 38% der Todesfälle 2014), gefolgt von Krebs (Bösartige Neubildungen: Männer 27% und Frauen 23%) und „sonstigen Krankheiten“ (Männer 17% und Frauen 19%). Zu den „sonstigen Erkrankungen“ zählen vor allem Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie psychiatrische Krankheiten.

Von besonderer Bedeutung für die Lebenserwartung sind die Sterbefälle in frühem Alter (z.B. bis zum 65. Lebensjahr). Hier nehmen für beide Geschlechter vor allem die Krebserkrankungen eine wesentliche Rolle ein, für Frauen jedoch deutlich stärker (51%), als für Männer (33%). Demgegenüber sind Herz-Kreislauferkrankungen bei Männern bedeutsamer (20%) als bei Frauen (11%). Auch Verletzungen und Vergiftungen (z.B. Unfälle, Suizid) sind bei den unter 65-jährigen Männern verbreiteter (17%) als bei den gleichaltrigen Frauen (9%). „Sonstige Erkrankungen“ haben hinsichtlich der frühen Sterblichkeit für beide Geschlechter ein ähnliches Gewicht (Frauen 22% und Männer 19%). An Krankheiten der Verdauungsorgane versterben anteilmäßig mehr Frauen vorzeitig (9%) als Männer (5%).

Abbildung 23: Todesursachen von Männern und Frauen in Oberösterreich



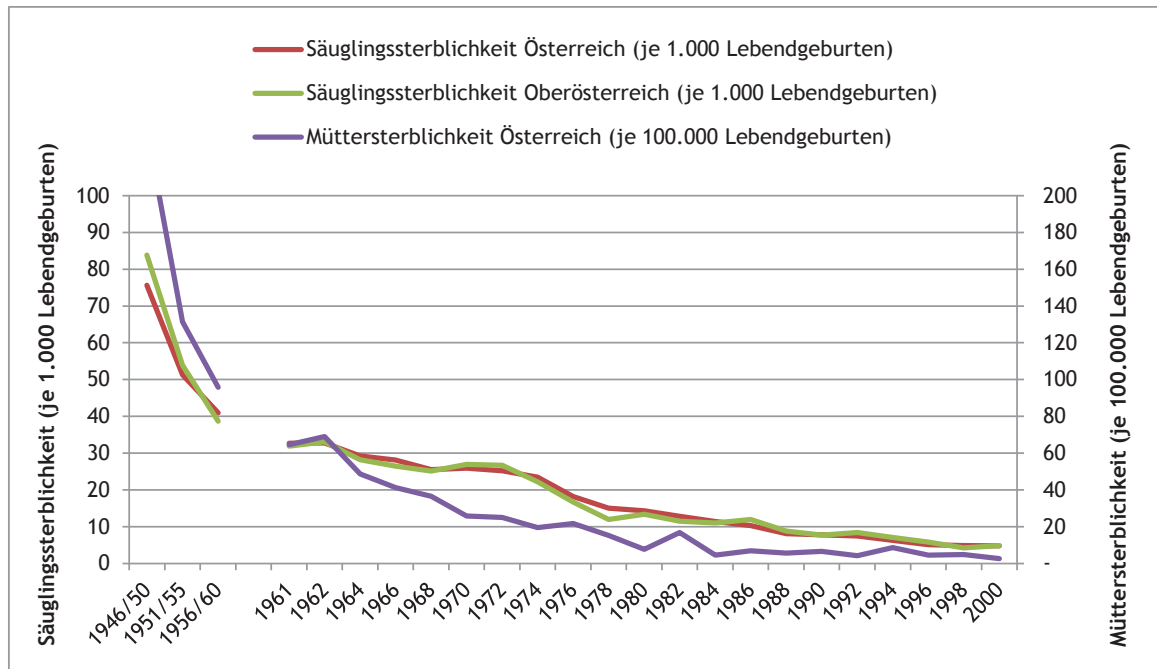
Quelle: Statistik Austria 2015; Anteil der Sterbefälle 2014 in OÖ (IGP-Berechnungen)

2.2.2. Säuglingssterblichkeit und Müttersterblichkeit

Das Risiko von Frauen, bei der Geburt eines Kindes zu versterben, ist in den letzten Jahrzehnten stark zurückgegangen. Während in Österreich zwischen 1946 und 1950 pro 100.000 Geburten noch 236 Mütter verstarben, sank die Rate bis 1961 auf 65 pro 100.000 und in weiterer Folge bis zur Jahrtausendwende auf unter 10 pro 100.000 Geburten.

Deutlich gesunken ist auch die Säuglingssterblichkeit. 1946 bis 1950 verstarben in Österreich 76 Kinder pro 1.000 Geburten (Oberösterreich: 84 pro 1.000). Bis 1961 sank die Rate auf 34 pro 1.000 (OÖ: 32 pro 1.000) und bis 2000 auf rund 5 pro 1.000 Geburten (OÖ: 5 pro 1.000). Die Entwicklung in Oberösterreich deckt sich weitgehend mit dem Bundestrend.

Abbildung 24: Langfristige Entwicklung der Säuglings- und Müttersterblichkeit in Österreich

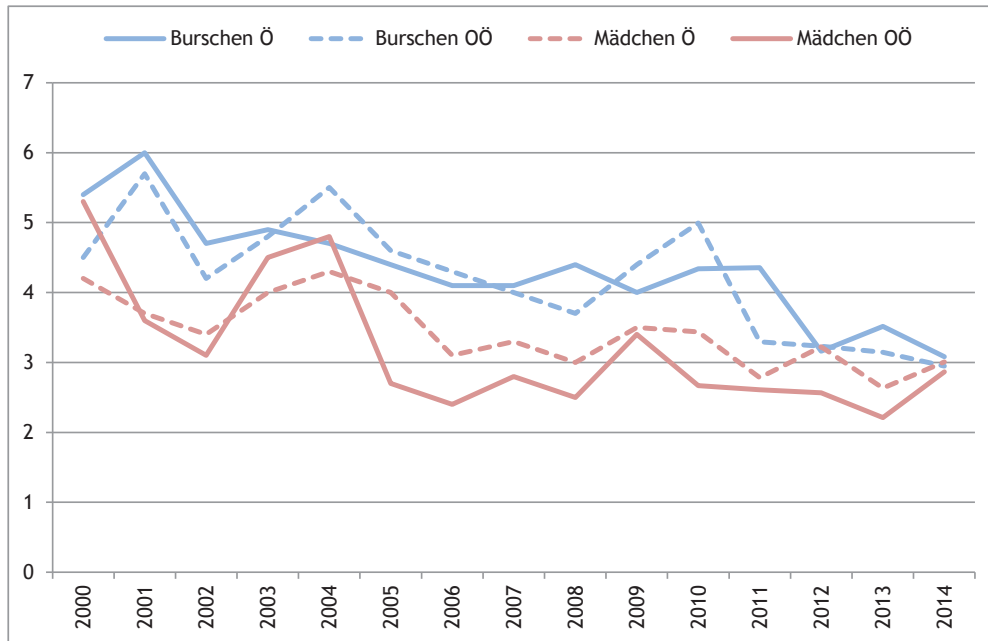


Quelle: Statistik Austria 2015

Auch in den letzten Jahren (ab 2000) ist in Oberösterreich (ebenso wie in Österreich insgesamt) ein fallender Trend im Hinblick auf die Säuglingssterblichkeit zu beobachten.

Bei Knaben ist die Säuglingssterblichkeit etwas höher (Durchschnitt 2000 bis 2014: 4,2/1.000) als bei Mädchen (3,2/1.000).

Abbildung 25: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria 2015; Sterbefälle je 1.000 Lebendgeburten

Nach wie vor ist für Frauen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status das Risiko, dass ihr Kind bei der Geburt verstirbt, deutlich höher als für Frauen mit höherem sozioökonomischen Status. Österreichweit betrug die Säuglingssterblichkeit 2014 bei Frauen mit Pflichtschulabschluss 5,1 pro 1.000 Lebendgeburten (1985: 13,0/1.000), bei Frauen mit mittlerer Bildung (Lehre,

BMS) 2,9 pro 1.000 (1985: 10,7/1.000) und bei Frauen mit höherer Schule bzw. Hochschulabschluss 2,5 pro 1.000 (1985: 8,7/1.000). Ein niedriger Bildungsabschluss der Mutter korreliert auch mit dem Risiko für Frühgeburtlichkeit. Auch die Überlebenswahrscheinlichkeit von frühgeborenen Kindern ist bei Müttern mit Pflichtschulabschluss deutlich geringer als bei Frauen mit mittlerem oder höherem Bildungsgrad.³¹

³¹ Statistik Austria 2015, S. 68

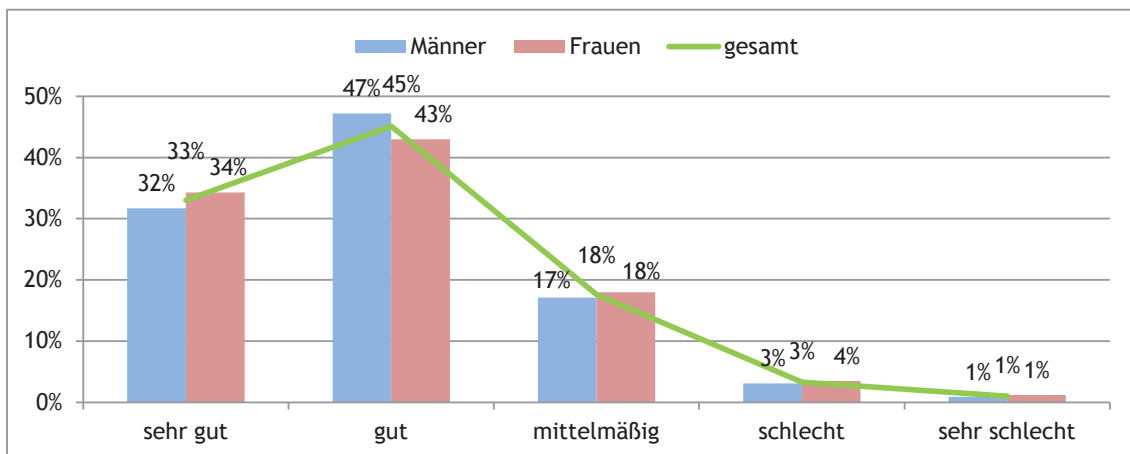
2.3. Gesundheitszustand und gesundheitliche Beeinträchtigungen

2.3.1. Allgemeiner subjektiver Gesundheitszustand

Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gilt als zuverlässiger Indikator für die Gesundheit. Viele Studien bestätigen einen engen Zusammenhang des Indikators mit verschiedenen Gesundheits- bzw. Erkrankungsindikatoren (Morbidität, funktionaler Status) und der Sterblichkeit (Mortalität).³² Beispielsweise kommt eine Studie aus Deutschland zu dem Schluss, dass der subjektive Gesundheitszustand einen guten Indikator für die Mortalität darstellt (insbesondere für die Sterblichkeit innerhalb von fünf Jahren). Der Zusammenhang ist bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Der größte Teil des Zusammenhangs zwischen subjektiver Gesundheit und Mortalität lässt sich durch den objektiven Gesundheitszustand erklären.³³

78 Prozent stufen ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein (Männer 79%, Frauen 77%), 18 Prozent bezeichnen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig (Männer 17% und Frauen 18%) und 4 Prozent beurteilen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht (Männer 4% und Frauen 5%). Zwischen Männern und Frauen sind nur geringfügige Unterschiede zu beobachten.

Abbildung 26: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen)

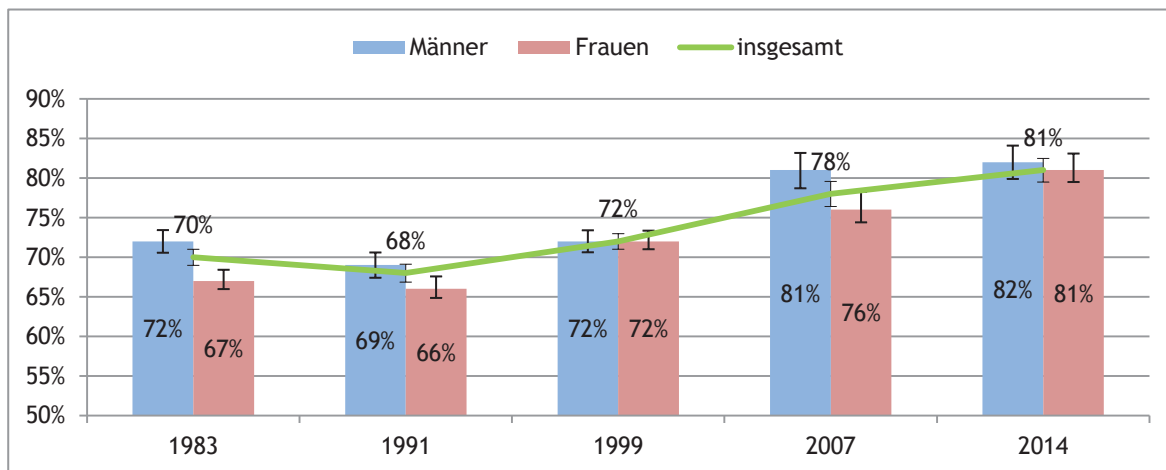
³² DeSalvo et al. 2006

³³ Bundesministerium für Gesundheit 2016

Seit Beginn der 1980er Jahre ist der Anteil der Bevölkerung, der einen (sehr) guten Gesundheitszustand aufweist, deutlich angestiegen (von 70% 1983 auf 81%). Die

Verbesserung des Gesundheitszustandes fällt bei Frauen etwas stärker aus (Zunahme von 67% auf 81%) als bei Männern (Zunahme von 72% auf 82%).

Abbildung 27: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in Oberösterreich

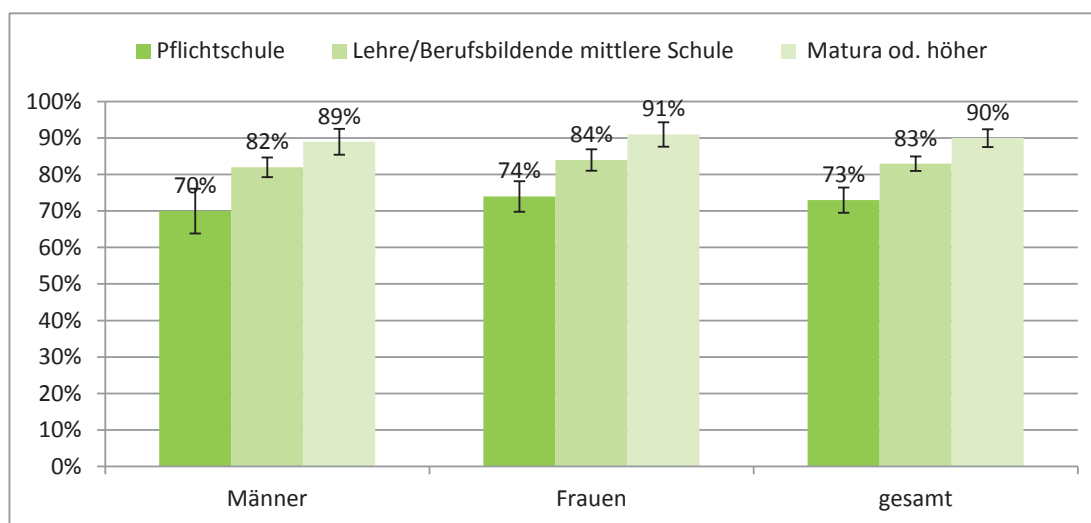


Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus 1983, 1991, 1999; Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07, 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr guter oder guter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind Personen mit höherem Bildungsgrad deutlich gesünder als Personen mit niedrigem Bildungsgrad. Während 90 Prozent der Personen mit Matura oder höherer Bildung einen (sehr) gu-

ten Gesundheitszustand aufweisen (Männer 89%, Frauen 91%), sind dies in der Gruppe mit maximal Pflichtschulabschluss lediglich 73 Prozent (Männer 70% und Frauen 74%).

Abbildung 28: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich



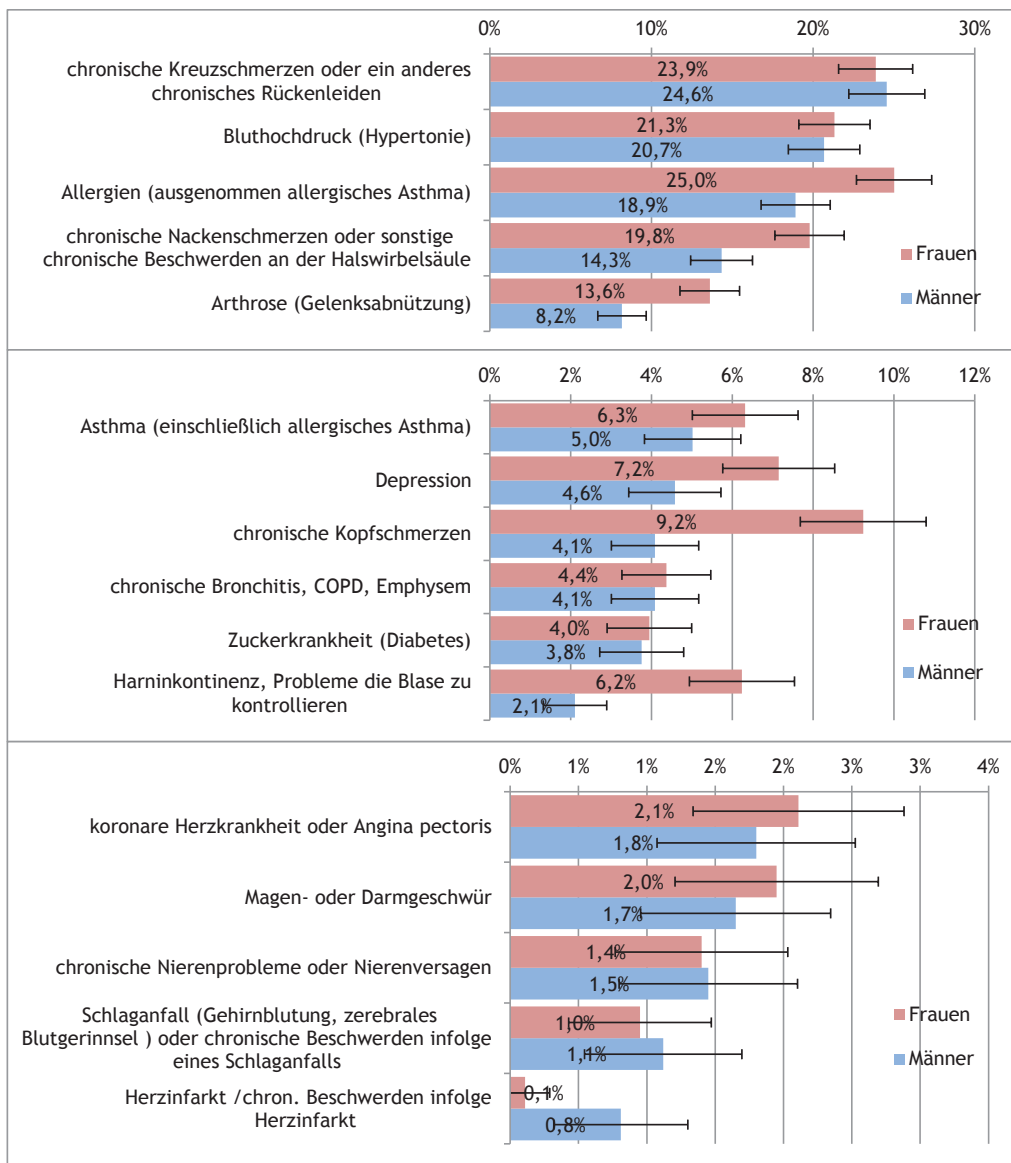
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr guter oder guter Gesundheit (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

2.3.2. Chronische Erkrankungen

Hinsichtlich der in der Österreichischen Gesundheitsbefragung erhobenen chronischen Erkrankungen zeigen sich die größten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich Harninkontinenz, chronischen Kopfschmerzen, Depression und Arthrose. Von diesen Erkrankungen sind österreichweit Frauen knapp 2 bis 2,5 Mal so häufig betroffen wie Männer.³⁴ In Oberösterreich zeigt sich ein ähnliches Bild: 6 Prozent der Frauen leiden an Harninkonti-

nenz (Männer 2%), 7 Prozent an Depression (Männer 5%), 9 Prozent an chronischen Kopfschmerzen (Männer 4%) und 14 Prozent an Arthrose (Männer 8%). Zudem geben Frauen häufiger chronische Nackenschmerzen bzw. Beschwerden der Halswirbelsäule (20%) und Allergien (25%) an als Männer (14% bzw. 19%). Demgegenüber leiden Männer etwas häufiger an chronischen Beschwerden in Folge eines Herzinfarktes (0,8%) als Frauen (0,1%).

Abbildung 29: Chronische Erkrankungen von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

³⁴ Klimont und Baldasz 2015, S. 21

Die stärkere Verbreitung von chronischen Kopfschmerzen bei Frauen könnte mit der stärkeren Betroffenheit durch Migräne zusammenhängen. Letzteres wird mit den zyklischen Schwankungen der Sexualhormone und einer möglicherweise unterschiedlichen Stressverarbeitung von Frauen in Verbindung gebracht.³⁵

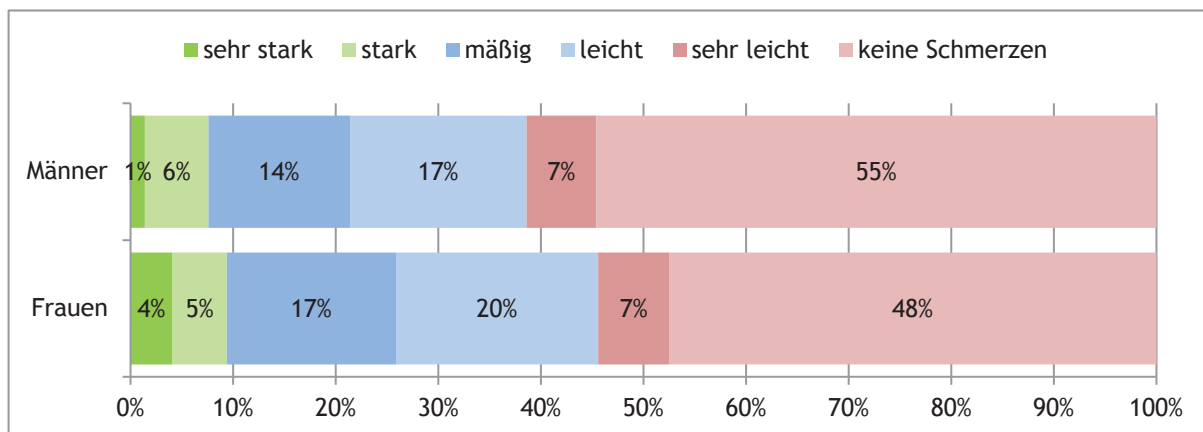
Eine möglichere Erklärung für die höhere Prävalenz von chronischen Nackenschmerzen und Beschwerden der Halswirbelsäule bei Frauen sind berufliche Belastungen (z.B. Bildschirmarbeit). Aber auch psychosoziale Faktoren (z.B. „Spannungszustände“, Distress) und eine stärkere Schmerzsensitivität von Frauen sind mögliche Erklärungen für dieses Phänomen. Auch spezifische Belastungen aus dem Bereich der weiblichen Bekleidung (z.B. Stöckelschuhe, Zugbelastung durch BH-Träger, Kälte- und Zugbelastung durch rückenfreie Bekleidung etc.) könnten u.U. eine Rolle spielen.³⁶

2.3.3. Schmerzen

Österreichweit geben 3,6 Millionen Menschen an, in den letzten vier Wochen unter Schmerzen gelitten zu haben. Frauen sind häufiger betroffen (53%) als Männer (45%). Mit zunehmendem Alter nehmen sowohl der Anteil der Betroffenen als auch die berichtete Schmerzintensität (mehr starke/sehr starke Schmerzen) zu. Ein Drittel der Menschen, die unter Schmerzen leiden (33% Männer, 35% Frauen), gibt an, dass sie dadurch mäßig bis äußerst stark in der Ausübung ihrer Alltagstätigkeiten bzw. beruflichen Tätigkeiten eingeschränkt werden.³⁷

In Oberösterreich zeigt sich ein ähnliches Bild wie im Bundesdurchschnitt: 52 Prozent der Frauen und 45 Prozent der Männer geben zumindest leichte Schmerzen an. Der Anteil mit mäßigen bis sehr starken Schmerzen beträgt bei den Frauen 26 Prozent und bei den Männern 21 Prozent. Etwa ein Drittel der Betroffenen (Männer 33%, Frauen 35%) fühlt sich durch die Schmerzen mäßig bis äußerst stark in ihren alltäglichen oder beruflichen Verrichtungen beeinträchtigt.

Abbildung 30: Schmerzbelastung von Männern und Frauen in Oberösterreich

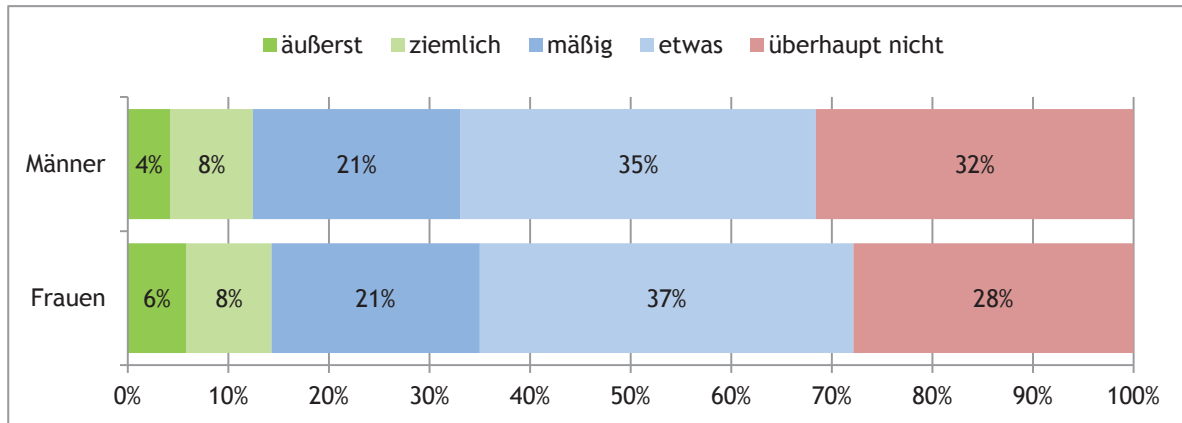


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Schmerzen in den vergangenen vier Wochen

³⁵ Lademann und Kolip 2005, S. 22
³⁶ Schneider 2011

³⁷ Klimont und Baldasz 2015, S. 25

Abbildung 31: Beeinträchtigung durch Schmerzen von Männern und Frauen in Oberösterreich



GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Schmerzen in den vergangenen vier Wochen

2.3.4. Bösartige Neubildungen

Österreich liegt im Hinblick auf die Krebs-Neuerkrankungen und -Sterblichkeit unter dem europäischen Durchschnitt. Unter den europäischen Männern ist die Neuerkrankungsrate der Norweger, Belgier und Dänen am höchsten, während die niedrigsten in Griechenland und Zypern vorzufinden sind. Im Hinblick auf die Frauen weisen Dänemark, die Niederlande und Belgien die höchste Inzidenz auf, wohingegen in Griechenland und Rumänien die niedrigsten Raten vorzufinden sind.³⁸

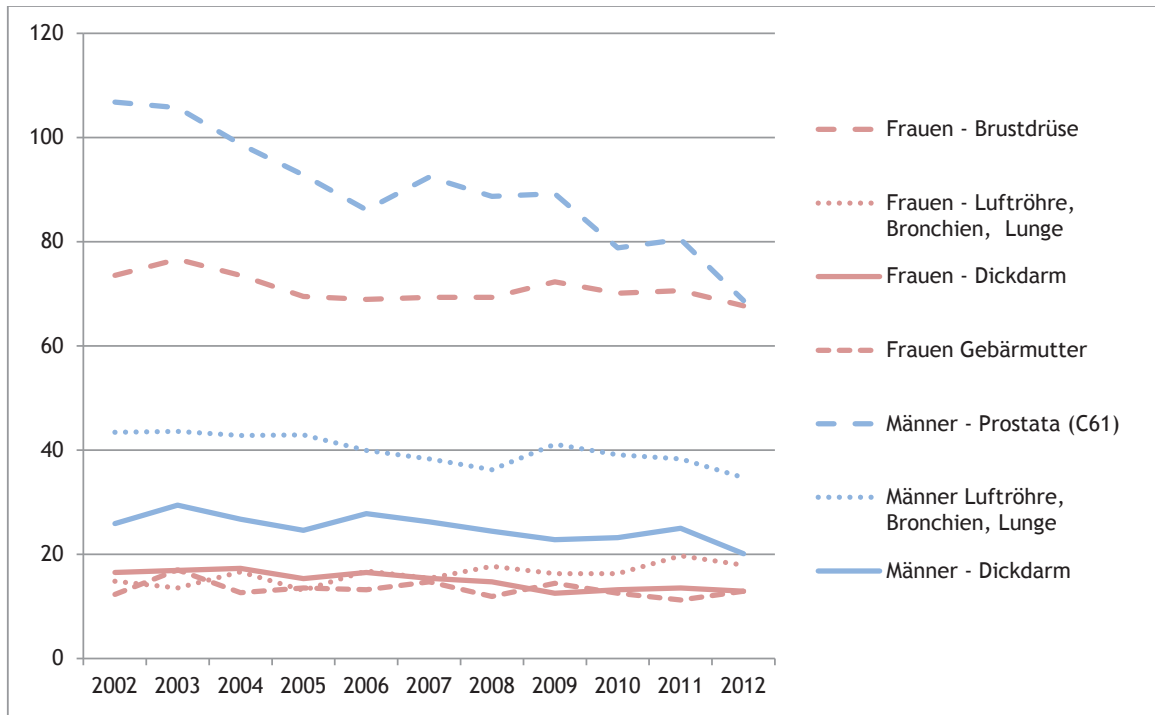
Die häufigsten Lokalisationen von Krebserkrankungen stellen bei Frauen die Brust, der Darm sowie die Lunge dar. Bei Männern sind Prostata, Lunge und Darm die am häufigsten betroffenen Organe.³⁹ Für Männer ist das Risiko, bis zum 75. Lebensjahr an Krebs zu erkranken, zwischen 2000 und 2012 von 40 Prozent auf 32 Prozent gesunken. Für Frauen ist im selben Zeitraum das Risiko ungefähr gleich geblieben (25%).⁴⁰

³⁸ Statistik Austria 2015, S. 51

³⁹ Statistik Austria 2015, S. 44

⁴⁰ Statistik Austria 2015, S. 45. Anzumerken ist, dass hinsichtlich der Krebsstatistik internationale Vergleiche vorsichtig zu interpretieren sind, da die Datenqualität unter den Staaten erheblich variiert.

Abbildung 32: Häufige Krebserkrankungen von Männern und Frauen in Oberösterreich

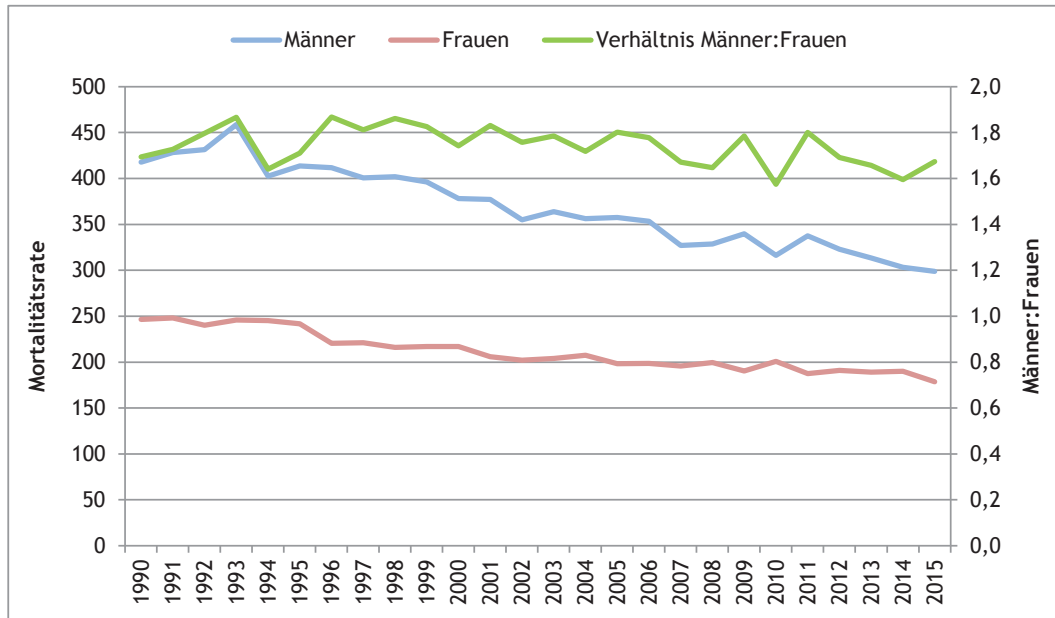


Quelle: (Statistik Austria 2015); Neuerkrankungen (alterstandardisierte Raten auf 100.000 der Bevölkerung)

Seit Beginn der 1990er Jahre hat die Krebssterblichkeit deutlich abgenommen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. 1990 lag die alterstandardisierte Mortalitätsrate der Männer bei 438/100.000 und die der Frauen bei 249/100.000. Seither ist bei Männern ein Rückgang um

28 Prozent (2015: 299/100.000) und bei Frauen ebenfalls um 28 Prozent (auf 179/100.000) zu beobachten. Das Verhältnis der Sterberaten von Männern und Frauen hat sich nicht geändert (rund 1,7).

Abbildung 33: Krebsmortalität von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013

Von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung der Lungenkrebserkrankungen und -sterblichkeit, da diese erheblich mit dem Rauchverhalten von Männern und Frauen zusammenhängt (zum Tabakkonsum von Männern und Frauen siehe Kapitel 3.3.3). Zwar ist die Betroffenheit von Männern nach wie vor höher als die der Frauen (2014 war in Österreich die Rate der Neuerkrankungen bei Männern 1,9-mal so hoch wie die der Frauen). Allerdings ist bei

Männern ein fallender Trend zu beobachten, wohingegen bei Frauen ein Anstieg festzustellen ist. Im Zeitraum zwischen 2004 und 2014 hat die Rate der Neuerkrankungen in Oberösterreich bei Männern um 13 Prozent abgenommen, wohingegen bei den Frauen ein Anstieg um 21 Prozent zu beobachten ist. Die Lungenkrebssterberate ist im selben Zeitraum bei Männern um 14 Prozent zurückgegangen und bei Frauen um 22 Prozent gestiegen.⁴¹

GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

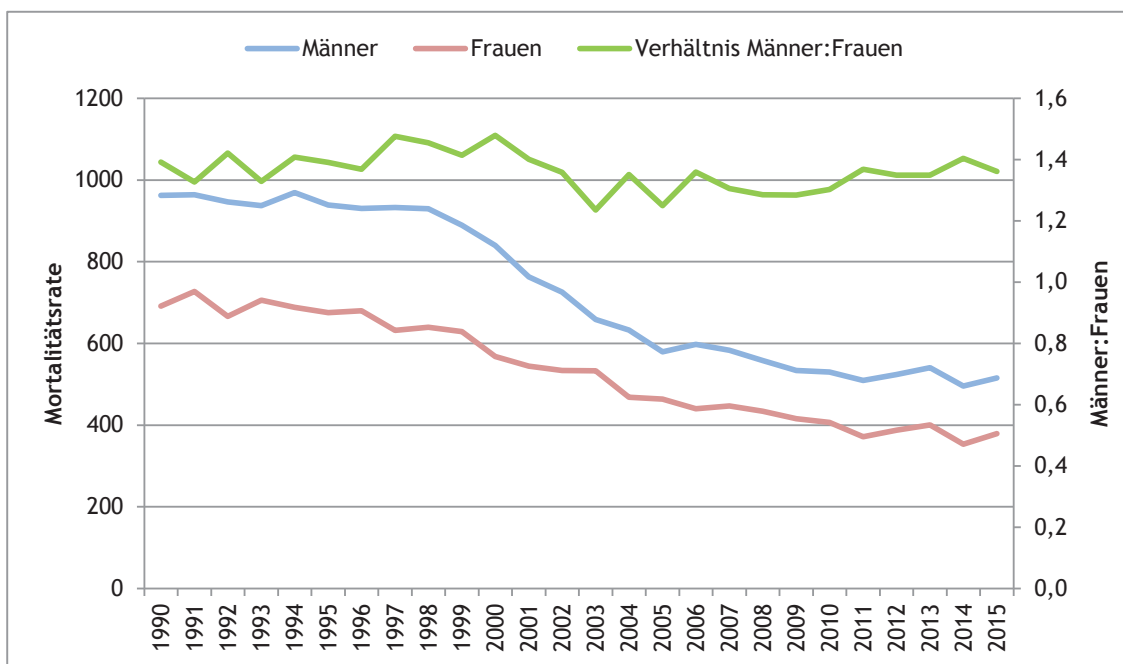
⁴¹ Statistik Austria 2017, S.17

2.3.5. Herz-Kreislaufferkrankungen

Die Herz-Kreislaufmortalität ist in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. 1990 lag die standardisierte Rate der an Herz-Kreislaufferkrankungen verstorbenen Männer bei 962 pro 100.000. Seither ist ein Rückgang um 46 Prozent zu verzeichnen (2015: 516/100.000). Ähnliches

gilt für die Herz-Kreislaufmortalität der Frauen. Seit 1990 sank die Rate der betroffenen Frauen von 691/100.000 auf 379/100.000 (Rückgang um 45%). Das Verhältnis der Sterberaten zwischen den beiden Geschlechtern ist gleich geblieben (1,4).

Abbildung 34: Herz-Kreislaufmortalität von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013

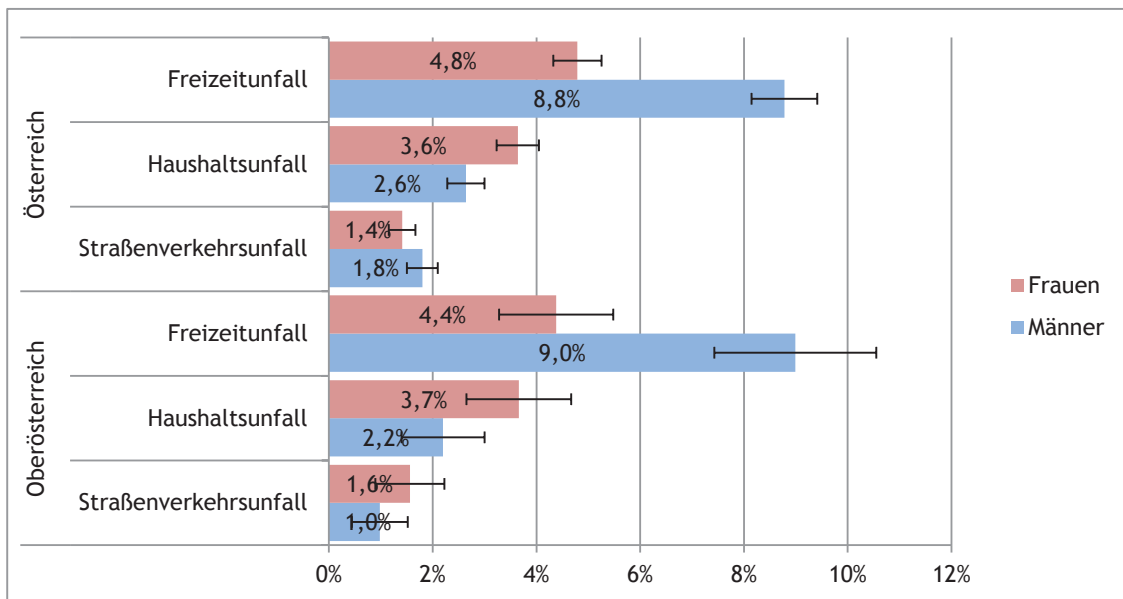
2.3.6. Verletzungen durch Unfälle

Freizeit- Haushalts- und Straßenverkehrsunfälle

Im Vergleich zu Frauen sind Männer deutlich häufiger von Verletzungen durch Freizeitunfälle betroffen. Innerhalb eines Jahres verletzen sich in Oberösterreich doppelt so viele Männer (9%) wie Frauen (4%) durch einen Unfall im

Rahmen einer Freizeitbeschäftigung. Demgegenüber sind Frauen etwas häufiger von Verletzungen durch Unfälle im Haushalt betroffen (4%) als Männer (2%). Hinsichtlich der Verletzungen im Straßenverkehr sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu beobachten.

Abbildung 35: Verletzungen durch Unfälle von Männern und Frauen in Österreich und Oberösterreich

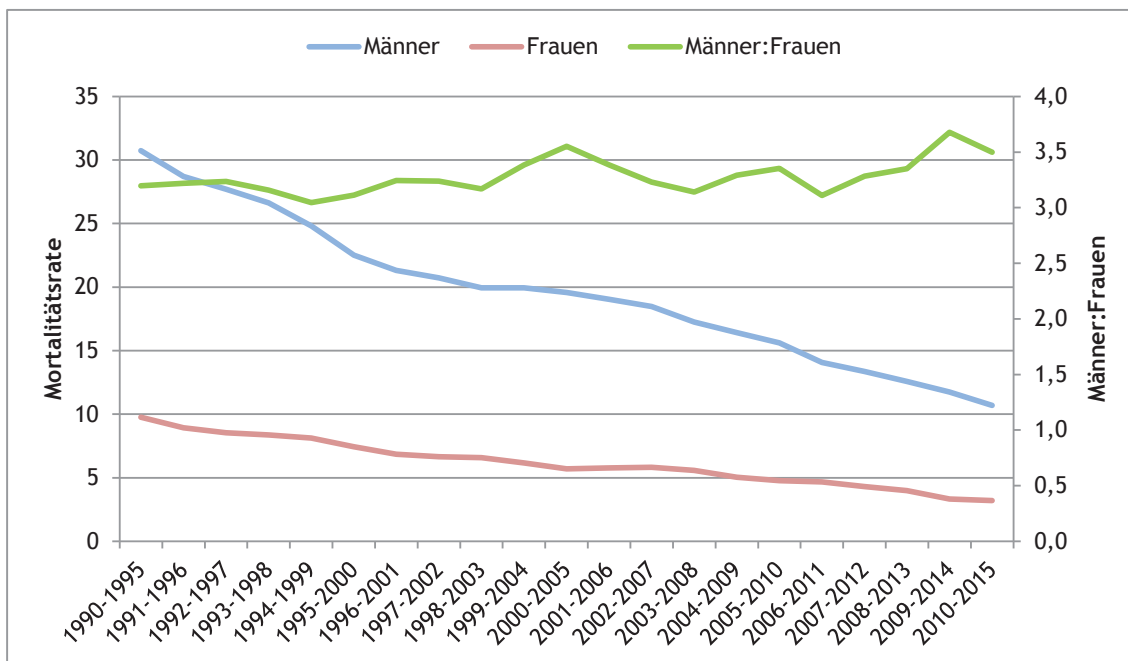


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); 12-Monats-Prävalenz; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Die Mortalität aufgrund von Verkehrsunfällen (Transportmittelunfällen) ist bei Männern höher (2010-2015: 10,7 pro 100.000 Einwohner) als bei Frauen (3,2/100.000). Seit Beginn der 1990er Jahre ist sowohl bei Männern (um 65% gegenüber dem Zeitraum 1990-1995) als auch bei Frauen (um 67%) ein Rückgang der Unfalltoten zu verzeichnen.

Das Verhältnis von Männern zu Frauen hat sich leicht zu Ungunsten der Männer verschoben (von 3,2 Männern je Frau auf 3,5).

Abbildung 36: Todesfälle aufgrund von Verkehrsunfällen in Oberösterreich



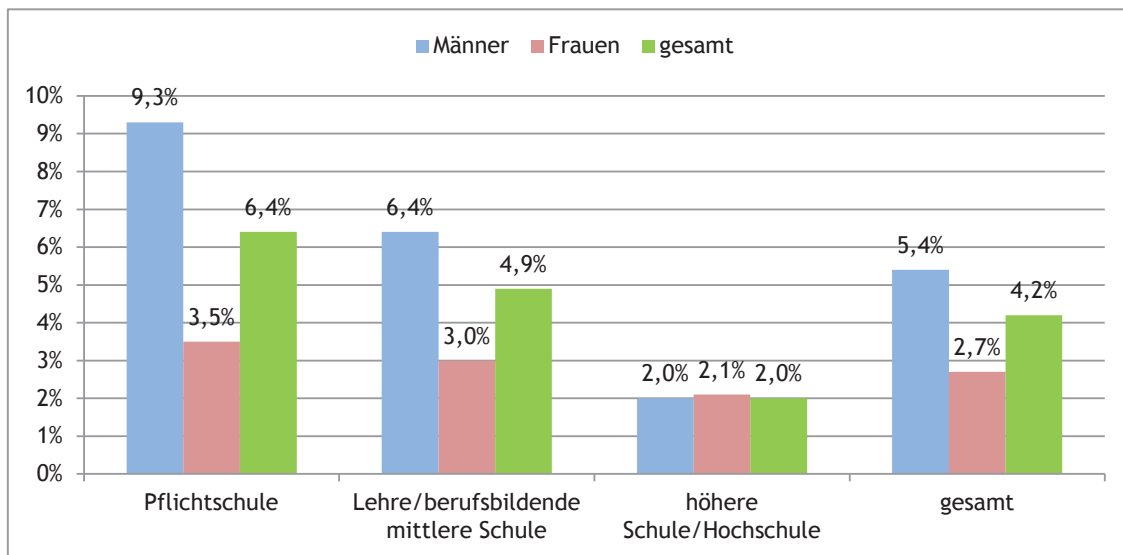
Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013; Transportmittelunfälle; 5-Jahres-Durchschnitt

Arbeitsunfälle

Jährlich sind in Österreich 4,2 Prozent der Erwerbspersonen von mindestens einem Arbeitsunfall betroffen, Männer deutlich häufiger (5,4%) als Frauen (2,7%). Von zehn Betroffenen sind sieben männlich und drei weiblich. Besonders groß ist der Geschlechterunterschied in der Altersgruppe zwischen 15 und 30 Jahren (Männer 8,7%, Frauen 6,3%). Mit zunehmendem Alter nimmt die Häufigkeit von Arbeitsunfällen bei Männern und Frauen ab und

die Unfallwahrscheinlichkeit der Männer nähert sich tendenziell jener der Frauen an. Die häufigste Unfallursache sind gefährliche Arbeitsmittel (38,7%), vor allem bei Männern (41,1% gegenüber 33,3% bei Frauen). Weitere häufige Unfallursachen sind Zeitdruck bzw. hohes Arbeitstempo (28,7%), wobei Frauen hier häufiger betroffen sind (34,2% gegenüber 26,3% bei Männern). Ähnliches gilt für unsichere Wege/Fußböden, z.B. Stolperfallen, rutschiger Boden etc. (20,0%, Frauen: 24,9%, Männer: 17,9%).⁴²

Abbildung 37: Arbeitsunfälle von Männern und Frauen in Österreich



Quelle: Statistik Austria (Leitner und Baldaszi 2014, S. 73-75)

Im Hinblick auf die Arbeitsunfälle zeigen sich bei Frauen relativ geringe Unterschiede hinsichtlich des Bildungsgrades der Betroffenen (Höhere Schule/Hochschule 2,1%, Lehre/BMS 3,0%, Pflichtschule 3,5%). Sehr viel deutlicher ist der soziale Gradient bei Männern ausgeprägt. Im Vergleich zu Männern mit Hochschulabschluss (2,0%) weisen

Absolventen einer Lehre/BMS eine 3,2 Mal so hohe Unfallquote auf (6,4%). Am stärksten sind Männer mit Pflichtschulabschluss durch Arbeitsunfälle bedroht (9,3%), die im Vergleich zu Maturant_innen und Hochschul_innen eine 4,7 Mal höhere Unfallquote aufweisen.⁴³

⁴² Leitner und Baldaszi 2014, S. 25-27

⁴³ Leitner und Baldaszi 2014, S. 25-28

2.3.7. Suizid

Obwohl Männer weniger Suizidversuche unternehmen als Frauen, sterben deutlich mehr Männer durch Suizid als Frauen. In Europa kommen auf einen Suizid einer Frau rund vier von Männern. Hinsichtlich der Suizidversuche liegen keine genauen Daten vor. Schätzungen gehen davon aus, dass die Rate der Suizidversuche 20 Mal höher ist als die Todesfälle durch Suizid. Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Suizidversuche von Männern 4,8 mal häufiger tödlich enden als die von Frauen. Ein wesentlicher Grund dafür ist in der Wahl der Suizidmethode begründet. Männer neigen stärker zu „harten“ Methoden (z.B. Erhängen, Sprung aus großer Höhe, Erschießen, sich überfahren lassen, Ertrinken etc.), die mit einem deutlich höherem Sterberisiko verbunden sind. Demgegenüber wählen Frauen häufiger „sanftere“ Methoden (z.B. Vergiften). Durch die Wahl der Methode lässt sich ein erheblicher Teil der unterschiedlichen Sterblichkeit durch Suizid von Männern und Frauen erklären. Aber auch bei der Wahl der gleichen Suizidmethode ist die Letalität bei Männern höher als bei Frauen.⁴⁴

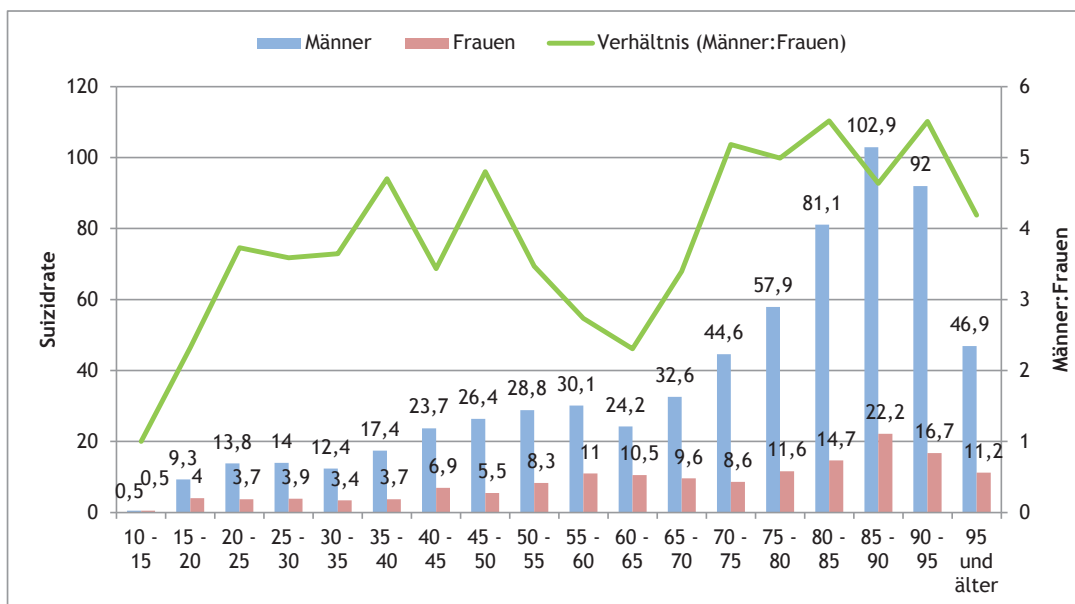
Mögliche Erklärungen dafür, dass Männer bei Suizidversuchen häufiger zu „harten“ Methoden neigen, könnten u.a. in der höheren sozialen Akzeptanz bzw. in der kognitiven

Verfügbarkeit (modellhaftes Lernen an Beispielen) sowie in der realen Verfügbarkeit der dafür nötigen Mittel (z.B. Zugang zu Schusswaffen) gesucht werden.⁴⁵

Für die geringere Überlebenschance von Suizidversuchen bei Männern bei gleicher Methode kommen verschiedene Erklärungshintergründe in Betracht: Möglicherweise kommunizieren Frauen ihrem Umfeld häufiger ihre Probleme und Schwierigkeiten, so dass die Wahrscheinlichkeit steigt, dass ein Suizidversuch rechtzeitig entdeckt und dadurch ein tödlicher Ausgang verhindert wird. Bei Männern ist im Zusammenhang mit Suizidversuchen häufiger Alkohol- oder Drogenmissbrauch festzustellen als bei Frauen, was sich u.U. auf die Letalität des Suizidversuches auswirken kann. Zudem kombinieren Männer häufiger mehrere Suizidmethoden.⁴⁶

2015 verstarben österreichweit 1.251 Menschen durch Suizid (961 Männer und 290 Frauen). Über alle Altersgruppen liegt die standardisierte Suizidrate der Männer bei 22,7 Suiziden pro 100.000 und die der Frauen bei 6,6 pro 100.000.⁴⁷ Insbesondere im höheren Alter zwischen 70 und 75 Jahren ist ein starker Anstieg der altersspezifischen Suizidrate zu beobachten, insbesondere bei Männern.

Abbildung 38: Altersspezifische Suizidrate von Männern und Frauen in Österreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheits/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html); 2013; 18.10.2016; Suizide auf 100.000 der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts (standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013)

⁴⁴ Mergl et al. 2015

⁴⁵ Mergl et al. 2015

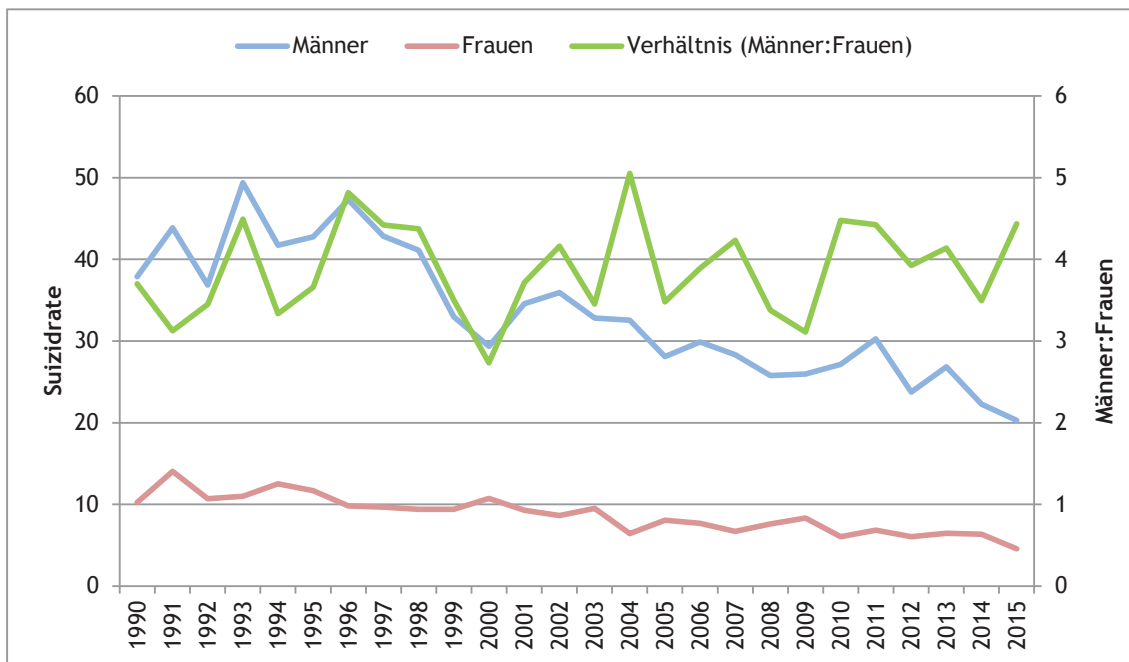
⁴⁶ Mergl et al. 2015

⁴⁷ Statistik Austria, Todesursachenstatistik (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheits/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html); 2013; 18.10.2016

In Oberösterreich starben 2015 137 Männer und 35 Frauen durch Suizid. Seit Beginn der 1990er Jahre ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein deutlicher Rückgang der Suizidrate zu beobachten. Im Zeitraum zwischen 1990 und 1995 lag die standardisierte Rate von Männern bei durchschnittlich 42,1 Suiziden je 100.000 Einwohner, die

der Frauen bei 11,7. Derzeit (2010 bis 2015) liegt die Suizidrate von Männern bei 25,1 (Abnahme um 40 Prozent) und die der Frauen bei 6,1 (Abnahme um 48%). Im langjährigen Schnitt kommen in Oberösterreich auf einen Suizid einer Frau rund vier Suizide von Männern.

Abbildung 39: Suizidrate von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Todesursachenstatistik (bereitgestellt durch Abt. Statistik, Land OÖ); Suizide auf 100.000 der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts (standardisiert auf Eurostat-Standardbevölkerung 2013)

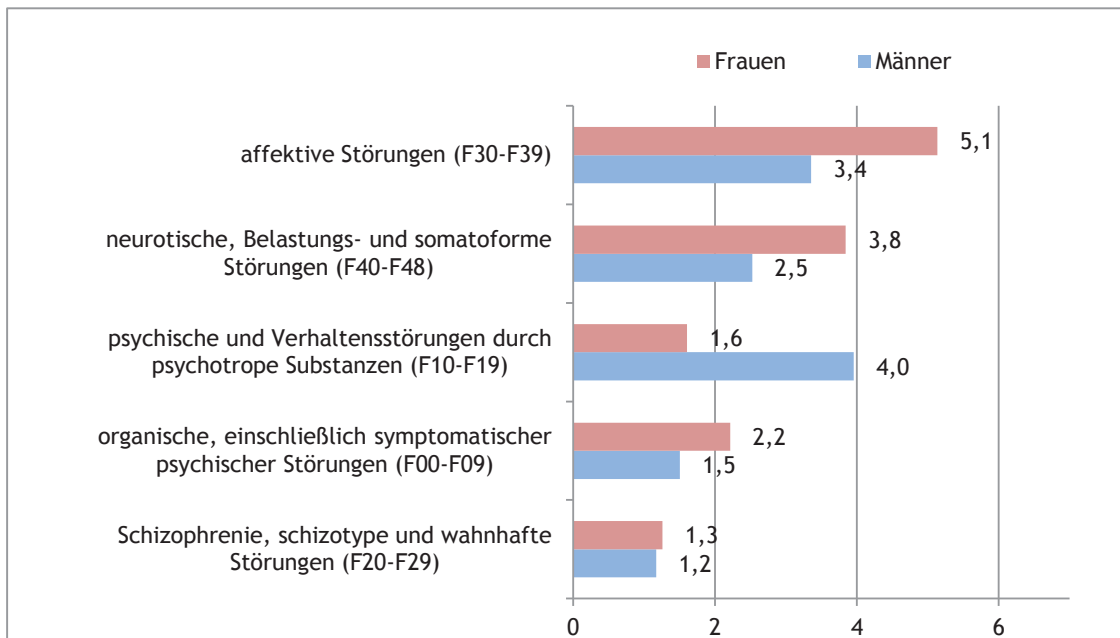
2.3.8. Stationär behandelte Psychische Erkrankungen

Frauen werden etwas häufiger wegen einer psychiatrischen Erkrankung (Hauptdiagnose ICD10: F00-F99) stationär behandelt als Männer. Im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 waren pro Jahr durchschnittlich 12,8 von 1.000 Männern und 14,3 von 1.000 Frauen mindestens ein Mal wegen einer psychiatrischen Erkrankung im Krankenhaus. Die Rate der Frauen ist 1,1 mal so hoch wie die der Männer. Betrachtet man die häufigsten Diagnosegruppen, so zeigen sich weitaus größere Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Deutlich mehr Frauen als Männer sind von Krankenhausaufenthalten infolge einer affektiven Störung betroffen (Frauen 5,1 und Männer 3,4 von 1.000 Einwohner_innen). Dazu gehören vor allem verschiedene Ausformungen depressiver Störungen. Ebenso sind bei

Frauen Behandlungen wegen neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen häufiger als bei Männern (Frauen 3,8 und Männer 2,5 von 1.000). Dazu zählen die verschiedenen Formen der Angststörungen und Phobien sowie körperliche Beschwerden, die nicht durch eine physische Erkrankung erklärt werden können (somatoforme Störung). Zu den organischen bzw. symptomatischen psychischen Störungen zählen vor allem Demenzerkrankungen. Auch hier sind (aufgrund des durchschnittlichen höheren Lebensalters) Frauen häufiger betroffen (Frauen 2,2 und Männer 1,5 von 1.000).

Im Vergleich zu Frauen werden Männer deutlich häufiger wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (vor allem Alkohol) stationär behandelt (Männer 4,0 und Frauen 1,6 von 1.000).

Abbildung 40: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK, FOKO (IGP-Berechnungen; ausgewählte (häufigste) Diagnosegruppen; Betroffene je 1.000 Einwohner_innen innerhalb eines Jahres mit Hauptdiagnose ICD-10: F00-F99. Durchschnitt 2010 bis 2014; Nur Versicherte der OÖGKK mit Wohnsitz in Oberösterreich

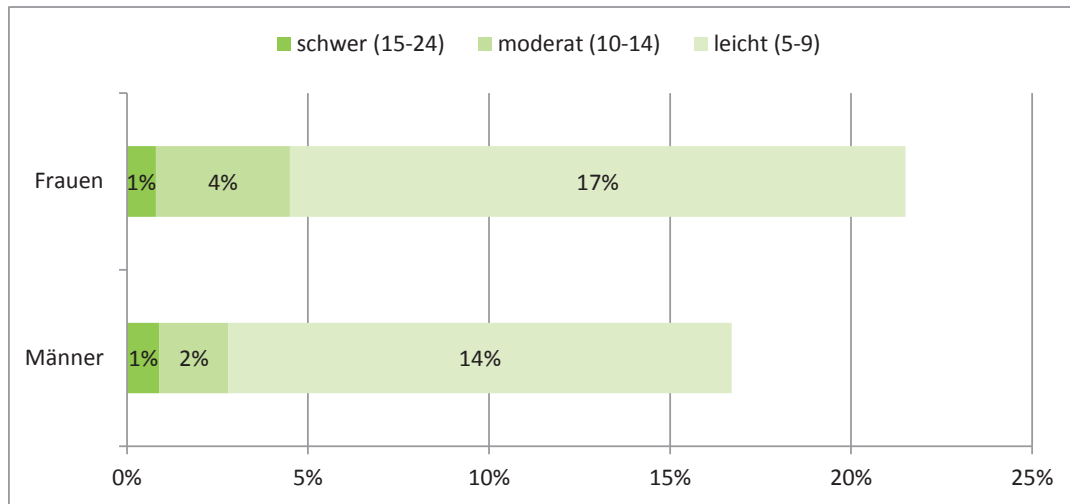
2.3.9. Depressive Symptome und Depression

In der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria wurden depressive Symptome mittels eines Screening-Instruments erhoben, welches eine Abschätzung der Prävalenz leichter, moderater und schwerer depressiver Symptome in der Bevölkerung zulässt (Patient Health Questionnaire, PHQ-8). Österreichweit leiden 5 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer an mittleren oder schweren depressiven Beschwerden. Insbesondere 15-29-jährige und 45-59-jährige Frauen sind stark betroffen (jeweils 6%), ebenso Männer über 75 Jahren (5%). Zudem weisen weitere 18 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer leichte depressive Symptome auf.⁴⁸

Hinsichtlich der Verbreitung depressiver Beschwerden unterscheidet sich Oberösterreich nicht wesentlich vom gesamtösterreichischen Bundesdurchschnitt. 5 Prozent der Frauen und 3 Prozent der Männer weisen schwere oder mittelmäßige depressive Symptome auf. Hinzu kommen 17 Prozent der Frauen und 14 Prozent der Männer mit leichter Symptomatik.

⁴⁸ Klimont und Baldasz 2015, S. 24

Abbildung 41: Depressive Symptome von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). PHQ-8

2.3.10. Essstörungen

Störungen des Essverhaltens sind in den industrialisierten Staaten im Zunehmen begriffen. Die Grenzen von „normalem“ Diätverhalten („gezügeltes Essen“) und behandlungsbedürftigen Störungen des Essverhaltens (z.B. Magersucht) sind oft fließend.⁴⁹ Von Störungen des Essverhaltens sind fast ausschließlich Frauen betroffen (90-97%).⁵⁰ Wichtige klinisch bedeutsame Krankheitsbilder eines gestörten Essverhaltens sind die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa) und die Binge Eating Disorder (Esssucht).⁵¹ Magersucht tritt meistens in der frühen und mittleren Adoleszenz auf und ist häufig mit anderen Begleitstörungen verbunden (z.B. mit bulimischer Symptomatik). Es wird davon ausgegangen, dass 0,1-1 Prozent der Frauen zwischen 15 und 25 Jahren an einer schweren Magersucht leiden. In bestimmten Risikogruppen liegt der Anteil deutlich höher (z.B. 3,5-7,6% bei Mode- oder Ballettschülerinnen). Hinsichtlich der Ess-Brechsucht (Bulimie) wird in der Altersgruppe der 18-bis 35-jährigen Frauen von einer Prävalenz von 2 bis 4 Prozent ausgegangen. Binge-Eating ist nicht auf eine bestimmte Lebensphase begrenzt, sondern kommt in allen Altersgruppen vor. Die Prävalenz der Binge-Eating-Disorder wird in der allgemeinen Bevölkerung auf 1,8-4,6 Prozent geschätzt. Unter Übergewichtigen liegt der Anteil deutlich höher (5-10%).⁵²

Als Einflussfaktoren für die Entstehung von Essstörungen sind soziokulturelle, familiäre und individuelle/persönlichkeitsbezogene Faktoren bedeutsam. Soziokulturell begünstigen vor allem die verbreiteten Schönheitsideale

(Schlankheitskult) die Entstehung von gestörtem Essverhalten. Häufig spielen auch gestörte familiäre Interaktions- und Verhaltensmuster eine Rolle. Auf individueller Ebene stellen, neben dem weiblichen Geschlecht, die Pubertätsphase, niedriges Selbstwertgefühl, starke Leistungsorientierung, geringe Frustrationstoleranz und ein schlankes Schönheitsideal Risikofaktoren dar.⁵³

Der HBSC-Studie zu Folge sind 19 Prozent der Burschen und 12 Prozent der Mädchen in Österreich übergewichtig. Obwohl über 80 Prozent der Knaben und knapp 90 Prozent der Mädchen dem BMI zu Folge als normalgewichtig einzustufen sind, empfinden nur 52 Prozent der Burschen und 45 Prozent der Mädchen ihr Gewicht als „gerade richtig“. 44 Prozent der Mädchen und 30 Prozent der Burschen halten sich für zu dick und 11 Prozent der Mädchen bzw. 18 Prozent der Burschen finden, dass sie zu dünn sind.⁵⁴

Hinsichtlich der Verbreitung von Essstörungen liegen oberösterreichweit keine Daten vor. In den Gesundheitsbefragungen Linz und Wels wurde allerdings erhoben, ob die Befragten an Essstörungen leiden. Das Ergebnis ist in der nachfolgenden Abbildung 42 wiedergegeben. Aufgrund der geringen Fallzahl ist allerdings mit einer erheblichen Schwankungsbreite zu rechnen. Der Anteil der in den letzten zwölf Monaten von Essstörungen betroffenen Männer liegt in den beiden Städten bei 1 bis 2 Prozent (Linz 1,4%, Wels 1,9%). Unter den Frauen geben ca. 3 bis 4 Prozent an, dass sie innerhalb des letzten Jahres an einer Essstörung gelitten haben (Linz 4,1%, Wels 2,8%). Rund drei Prozent der Männer geben an, dass sie derzeit oder früher einmal von einer Essstörung betroffen waren (Linz 2,9% und Wels 3,3%). Bei den Frauen beträgt der Anteil ca. sieben bis neun Prozent (Linz 9,2% und Wels 7,4%).

⁴⁹ Langer et al. 2009, S. 6

⁵⁰ Langer et al. 2009, S. 6

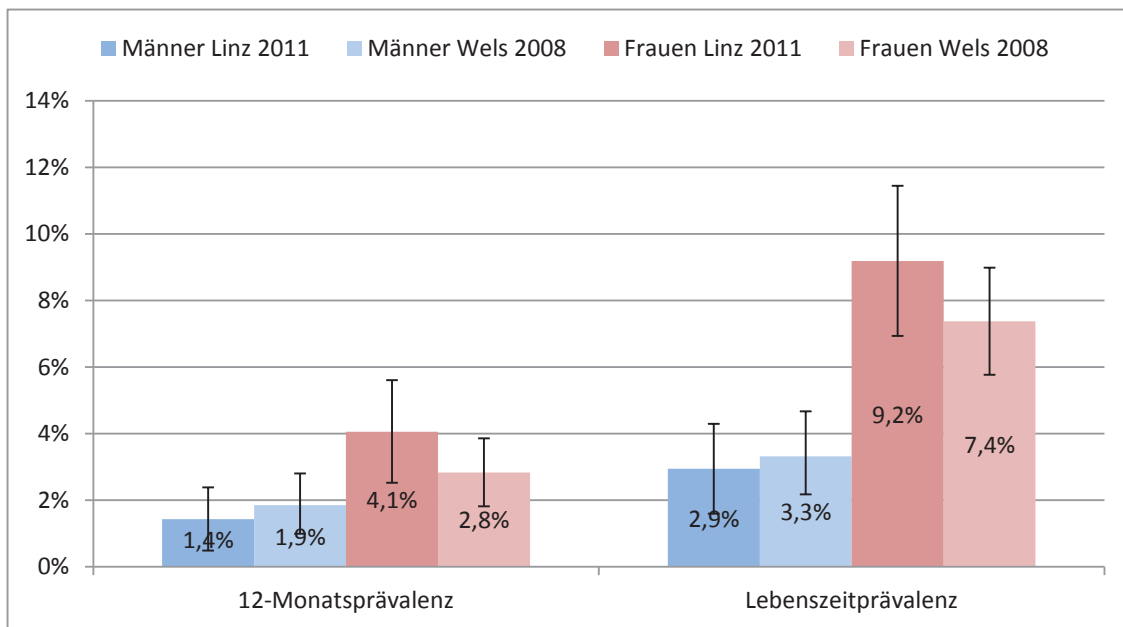
⁵¹ Langer et al. 2009, S. 6

⁵² Langer et al. 2009, S. 7

⁵³ Langer et al. 2009, S. 9

⁵⁴ Ramelow et al., S. 85

Abbildung 42: Essstörungen in Linz und Wels



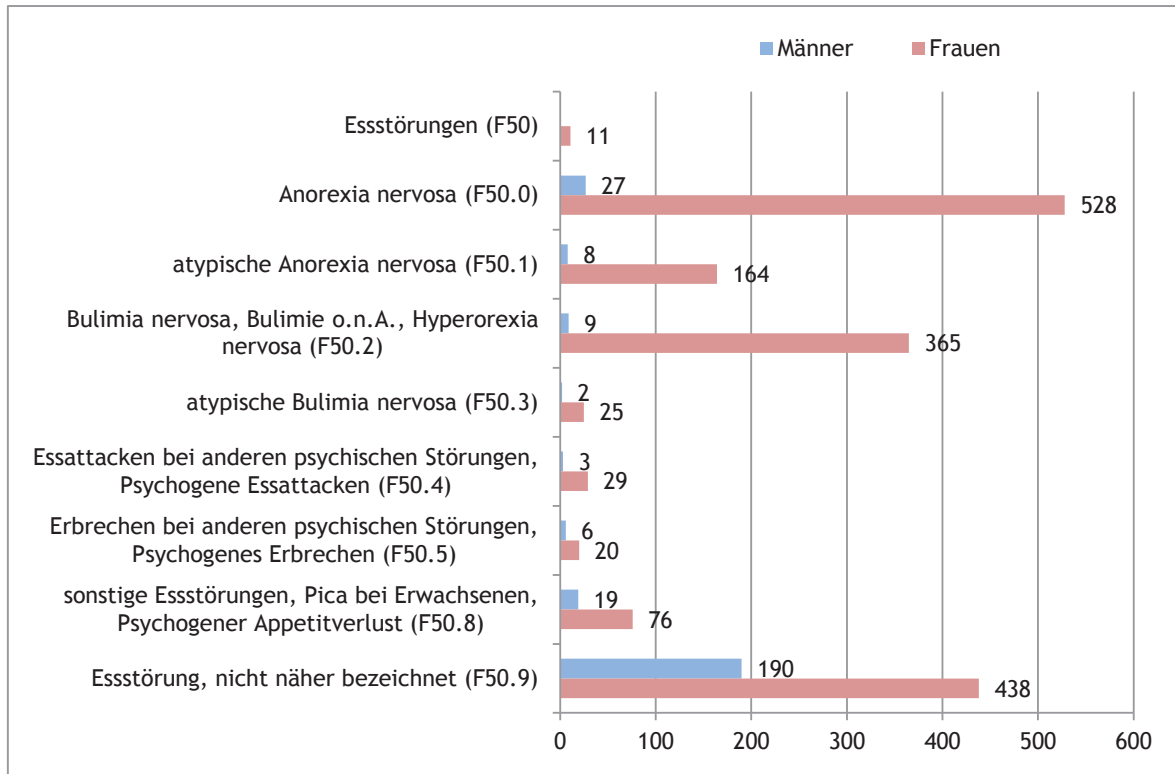
Quelle: IGP: Gesundheitsbefragung Wels 2008 und Gesundheitsbefragung Linz 2011; Bevölkerung über 15 Jahre; 12-Monatsprävalenz: Essstörung (z.B. Magersucht, Ess-Brech-Sucht...) „ständig/immer wieder“ oder „in den letzten 12 Monaten“; Lebenszeitprävalenz: „ständig/immer wieder“, „in den letzten 12 Monaten“ oder „hatte ich früher“

Im Zeitraum zwischen 2010 und 2014 waren 1.920 stationäre Krankenhausbehandlungsfälle durch Essstörungen bedingt. Der Großteil davon (1.656 Fälle bzw. 86%) entfiel auf Frauen und Mädchen. Die häufigsten Hauptdiagnosen der betroffenen Frauen sind hierbei Anorexie (Anorexia nervosa 31% und atypische Anorexia nervosa 10%), nicht näher bezeichnete Essstörungen (26%) und Bulimie (24%).

Bei Männern scheinen vor allem nicht näher bezeichnete Essstörungen auf (72%). Unter „nicht näher bezeichneten Essstörungen“ werden Störungen des Essverhaltens subsumiert, die nicht die Kriterien für eine spezifische Essstörung erfüllen, aber dennoch als bedeutsam angesehen werden.⁵⁵ Anzumerken ist, dass Essstörungen meist ambulant behandelt werden und nur zu einem sehr geringen Teil zu einem Krankenhausaufenthalt führen.

⁵⁵ Langer et al. 2009, S. 7

Abbildung 43: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Oberösterreich



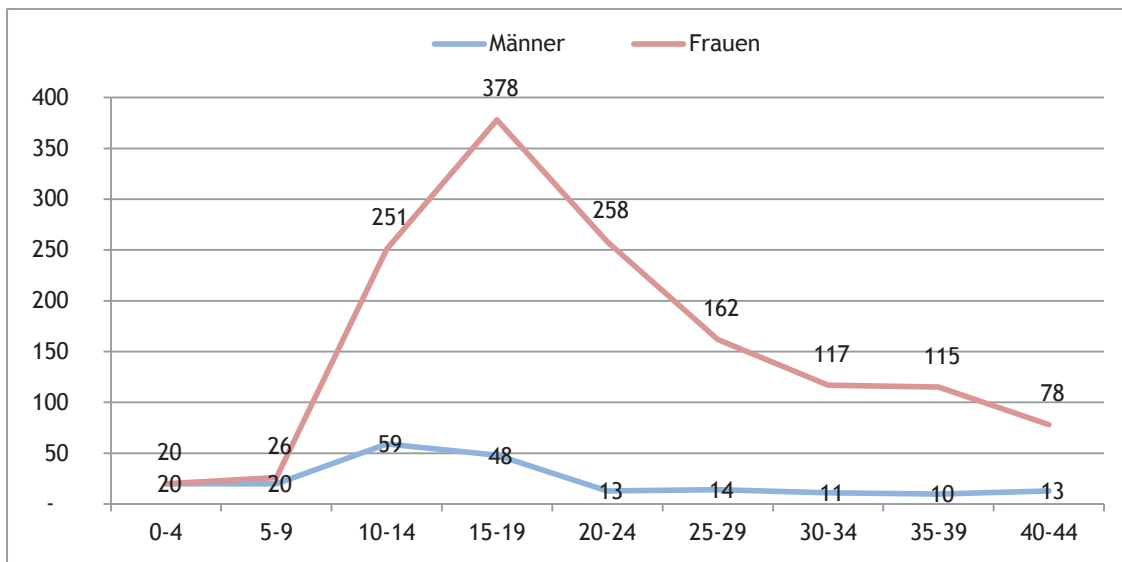
GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

Quelle: OÖGKK (FOKO); Hauptdiagnose ICD-10: F50; Krankheitsfälle im Zeitraum von 2010 bis 2015 (nur Versicherte der OÖGKK)

Der Großteil der durch Essstörungen bedingten Krankenhausaufenthalte entfällt auf die Altersgruppe zwischen 10 und 24 Jahre. 45 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Männern mit Essstörungen (120 von 264 Fällen) und

54 Prozent der Krankenhausaufenthalte von Frauen mit Essstörungen (887 von 1.656 Fällen) fallen in die Altersgruppe zwischen 10 und 24 Jahre.

Abbildung 44: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Altersgruppen in Oberösterreich



Quelle: OÖGKK (FOKO); Hauptdiagnose ICD-10: F50; Krankheitsfälle im Zeitraum von 2010 bis 2015 (nur Versicherte der OÖGKK)

2.3.11. Schlaf und Schlafstörungen

Ausreichender und erholsamer Schlaf stellt eine wichtige Gesundheitsressource dar, die wesentlich dazu beiträgt, die Herausforderungen des Alltags zu bewältigen. Anders ausgedrückt sind Schlafschwierigkeiten mit dem Risiko für verschiedenste Erkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen assoziiert.⁵⁶ Befunden aus Deutschland zu Folge leiden berufstätige Frauen häufiger unter Schlafstörungen als berufstätige Männer.⁵⁷ Frauen konsumieren auch häufiger Schlafmittel, was mit einer stärkeren Betroffenheit von Schlafstörungen bedingt sein könnte.⁵⁸

Die tägliche Schlafdauer beträgt in der österreichischen Bevölkerung über 10 Jahre im Durchschnitt 8 Stunden und 20 Minuten. Männer und Frauen unterschieden sich diesbezüglich nur geringfügig. Männer und Frauen im Alter zwischen 20 und 59 Jahren verbringen etwas weniger Zeit mit Schlaf als dies unter Jugendlichen (unter 20 Jahre) bzw. älteren Menschen (über 60 Jahre) der Fall ist. Dies dürfte auch mit dem Erwerbsstatus zusammenhängen. Berufstätige verbringen im Schnitt 7 Stunden und 57 Minuten mit Schlaf, Schüler_innen und Student_innen 8 Stunden und 27 Minuten und Pensionist_innen 8 Stunden 42 Minuten.⁵⁹

In Österreich geben 33 Prozent der beschäftigten Männer und 39 Prozent der beschäftigten Frauen an, dass sie an Ein- oder Durchschlafstörungen leiden. Betroffene Männer bringen diese häufiger mit den Arbeitsbedingungen in Verbindung (34%) als betroffene Frauen (23%).⁶⁰ Hinsichtlich der Zufriedenheit mit dem Schlaf zeigen sich laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 Frauen etwas unzufriedener als Männer. 30 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer sind mit ihrem Schlaf sehr unzufrieden oder höchstens mittelmäßig zufrieden. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeichnen sich erst ab dem mittleren Alter deutlich ab. Mit zunehmendem Alter steigt sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Anteil mit unbefriedigender Schlafqualität.

In Oberösterreich lässt sich kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen beobachten. 25 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen bekunden unbefriedigende Schlafqualität.

⁵⁶ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 180

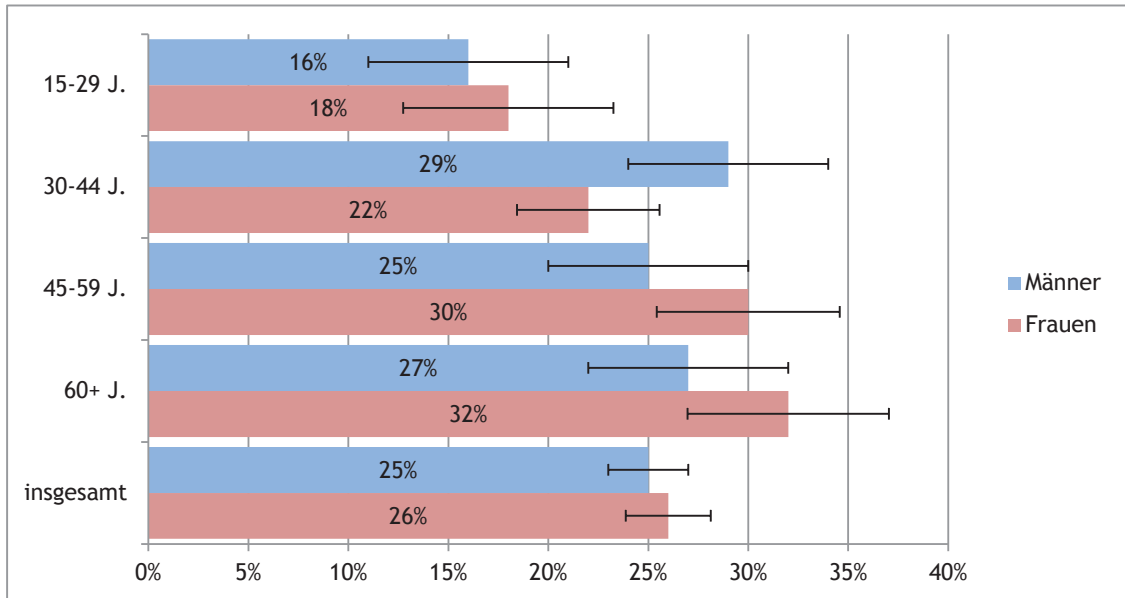
⁵⁷ Robert Koch-Institut (RKI) 2014, S. 155

⁵⁸ Robert Koch-Institut (RKI) 2014, S. 132

⁵⁹ Ghassemi 2009, S. 39-42

⁶⁰ Raml und Dawid, Evelyn & Feistritzer, Gert 2011, S. 171

Abbildung 45: Unzureichende Schlafqualität in Oberösterreich

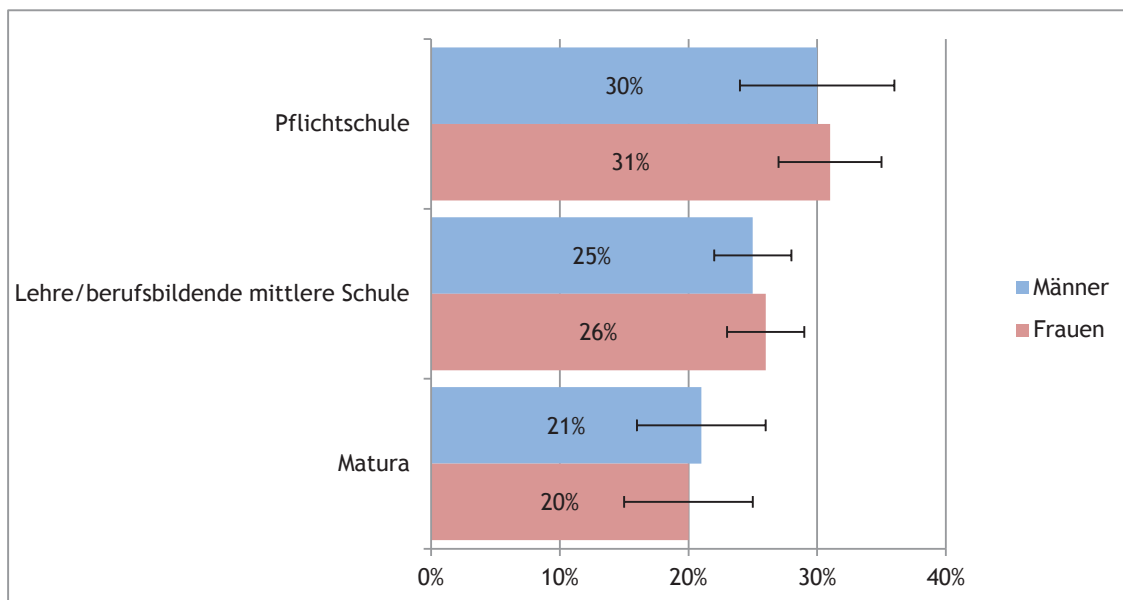


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre; „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf“ (Anteil sehr unzufrieden bis mittelmäßig); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Deutlichere Unterschiede als zwischen den Geschlechtern lassen sich nach dem Bildungsstatus beobachten, und zwar für Männer und Frauen gleichermaßen. Ein Fünftel (20%) der Oberösterreicher_innen mit Matura oder höherem Abschluss ist durch unzureichende Schlafqualität belastet. In der Gruppe mit mittlerem Bildungsab-

schluss (Lehre, BMS) beträgt der Anteil ein Viertel (25%) und unter den Personen mit Pflichtschulabschluss knapp ein Drittel (31%). Je höher der Bildungsabschluss desto geringer ist demnach die Belastung durch unzureichende Schlafqualität.

Abbildung 46: Unzureichende Schlafqualität nach Bildungsabschluss in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre; „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf“ (Anteil sehr unzufrieden bis mittelmäßig); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

2.3.12. Adipositas und Übergewicht

Laut WHO stellen Adipositas und starkes Übergewicht eine der wichtigsten Herausforderungen im 21. Jahrhundert dar. Die Prävalenz ist in der europäischen Region seit den 1980er Jahren deutlich angestiegen, insbesondere unter Kindern. Adipositas und Übergewicht sind mit verschiedenen körperlichen Einschränkungen und psychischen Problemen verknüpft und stellen einen wesentlichen Risikofaktor für eine Reihe von chronischen Erkrankungen dar, z.B. Herz-Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen und Diabetes mellitus.⁶¹

Menschen mit Übergewicht und Adipositas leiden aber nicht nur in körperlicher Hinsicht unter ihrem Körpergewicht. Sie sind zudem einer erheblichen gesellschaftlichen Stigmatisierung ausgesetzt, die sich in vielerlei Hinsicht negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken kann. Stereotypen und Vorurteile gegenüber übergewichtigen bzw. adipösen Menschen führen zu Benachteiligungen im Alltag und im Beruf, die das Risiko für soziale Ausgrenzung erhöhen und sich wesentlich auf das Wohlbefinden und die Gesundheitschancen auswirken können. Aber auch im Gesundheitswesen kann es zu Benachteiligungen aufgrund gewichtsbezogener Vorurteile kommen. Patient_innen mit hohem Body-Mass-Index (BMI) werden häufig fehlende Willensstärke bzw. Selbstkontrolle, geringe Hygiene und mangelnde Motivation und

Compliance zugeschrieben. Es konnte auch in Studien gezeigt werden, dass Patient_innen mit hohem BMI mit geringerem Respekt behandelt werden. Die Erfolgchancen einer Behandlung werden oft geringer eingeschätzt und die Motivation der Therapeut_innen ist möglicherweise geringer als bei normalgewichtigen Patient_innen.⁶²

Weiters führt die gewichtsbezogene Stigmatisierung häufig dazu, dass sich Menschen mit Adipositas selbst stereotype Eigenschaften zuschreiben (Selbststigmatisierung) und entsprechend ihr Selbstwert darunter leidet. Daraus ergeben sich häufig psychische Probleme wie depressive Symptome, Ängste, geringer Selbstwert, Essstörungen und soziale Verhaltensprobleme.⁶³

Nachgewiesenermaßen tragen negative Zuschreibungen und Stereotypisierungen hinsichtlich Adipositas und Übergewicht nicht dazu bei, dass die betroffenen Personen Gewicht abnehmen. Personen, die derartige Diskriminierung erfahren, fällt es im Gegenteil schwer an Gewicht zu verlieren bzw. neigen sogar dazu, an Gewicht zuzunehmen.⁶⁴

⁶¹ Robert Koch-Institut (RKI) 2014

⁶² Hilbert et al. 2013; Huizinga et al. 2010; Huizinga et al. 2009

⁶³ Hilbert et al. 2013

⁶⁴ Sutin und Terracciano 2013

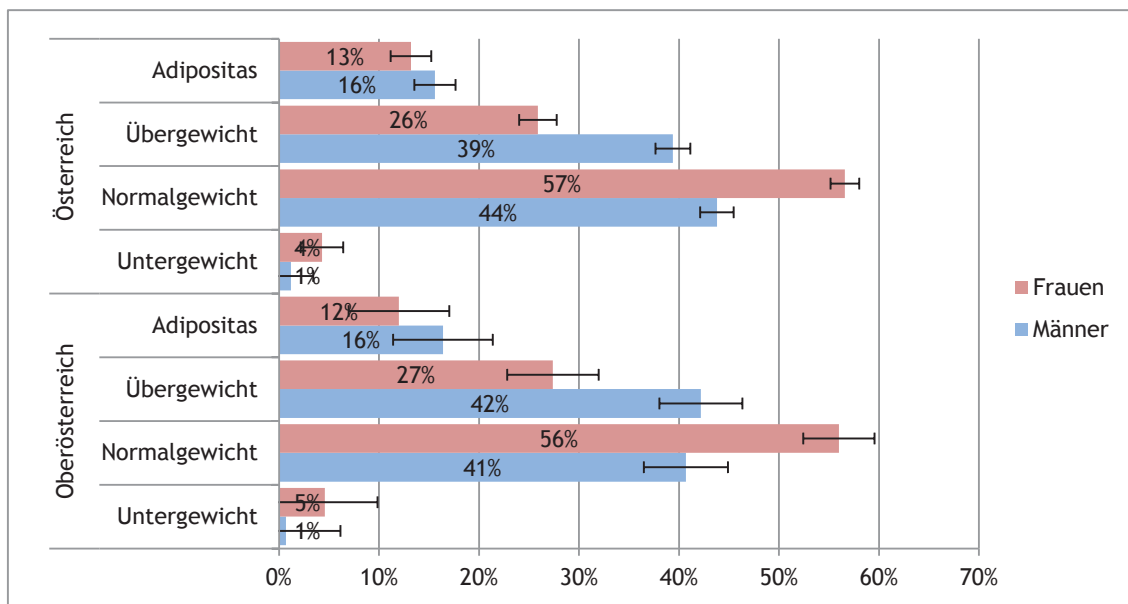
Die Frage, ob adipöse Frauen stärker von Benachteiligung betroffen sind als adipöse Männer, kann hier nicht eindeutig beantwortet werden. Manche Befunde aus dem Bereich der Arbeitswelt deuten darauf hin, dass Frauen mit Übergewicht bei Bewerbungen deutlich stärker durch gewichtsbedingte Stigmatisierung benachteiligt werden als Männer. Andere Studien können keinen derartigen Zusammenhang finden.⁶⁵

Laut der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 der Statistik Austria sind in der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren Männer und Frauen ähnlich häufig von Adipositas betroffen (Männer 16%, Frauen 13%). Demgegenüber ist Übergewicht deutlich häufiger bei Männern anzutreffen (Männer 39%, Frauen 26%). In Oberösterreich zeigt sich ein ähnliches Bild. 12 Prozent der Männer und 16 Prozent der Frauen können als adipös eingestuft werden und 42 Prozent der Männer bzw. 27 Prozent der Frauen sind übergewichtig (siehe Abbildung 47).

Eine österreichweite Prävalenzstudie aus dem Jahr 2017 kommt zu dem Ergebnis, dass (nach WHO-Definition) rund 29 Prozent der 8-jährigen Jungen und 24 Prozent der 8-jährigen Mädchen übergewichtig oder adipös sind. Adipositas ist bei rund 12 Prozent der Jungen und 7 Prozent der Mädchen dieser Altersgruppe vorzufinden.⁶⁶

In Oberösterreich sind bei den Schuluntersuchungen in der 1.-2. Schulstufe 15 Prozent der Buben und 13 Prozent der Mädchen übergewichtig oder adipös. In der 3.-4. Schulstufe steigt der Anteil auf 20 Prozent bei den Buben und auf 18 Prozent bei den Mädchen (siehe Kapitel 5.1 „Kinder- und Jugendgesundheit“).⁶⁷

Abbildung 47: BMI-Klassen nach Geschlecht in Österreich und Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

⁶⁵ Bartlets 2016, S. 34-35

⁶⁶ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017b

⁶⁷ Land OÖ (2017): Schuluntersuchung 2015/2016, Daten von der Abteilung Gesundheit, Auswertung von der Abteilung Statistik.

Internationale Studien belegen, dass Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts weit verbreitet und im Zunehmen begriffen sind.⁶⁸ Für Österreich sind diesbezüglich keine Daten verfügbar. In Deutschland bekunden in einer repräsentativen Umfrage knapp ein Viertel (24%) der Bevölkerung explizit stigmatisierende Einstellungen und weitere 55 Prozent widersprechen entsprechenden Vorurteilen bzw. Stereotypen nicht.⁶⁹ Eine weitere Studie aus Deutschland kommt zu dem Schluss, dass 52 Prozent der Bevölkerung der Ansicht sind, dass adipöse Menschen hinsichtlich der sozialen Anerkennung benachteiligt sind, Frauen etwas häufiger (58%) als Männer (45%). Im Hinblick auf Beruf und Karriere nehmen 44 Prozent der deutschen Bevölkerung die Benachteiligung von Menschen mit Adipositas wahr. Auch hier ist die Meinung bei Frauen (48%) stärker vertreten als bei Männern (39%). Zudem sehen Menschen ab 50 Jahren diesbezüglich häufiger Benachteiligungen von stark Übergewichtigen (51%) als jüngere (18- bis 29-Jährige: 37%, 30- bis 49-Jährige: 41%). Hinsichtlich des Themenbereichs Liebe und Sexualität sind 38 Prozent der Bevölkerung der Ansicht, dass adipöse Menschen benachteiligt bzw. eingeschränkt sind. Hier sehen mehr Männer Benachteiligungen (42%) als Frauen (33%) und mehr Jüngere (18- bis 29-Jährige: 46%, 30- bis 49-Jährige: 41%) als Ältere (über 50-Jährige: 29%).⁷⁰

In Deutschland sehen 71 Prozent der Bevölkerung adipöse Menschen als „unästhetisch“ an, Männer etwas häufiger (75%) als Frauen (67%). Insbesondere in den jüngeren Altersgruppen ist diese Ansicht stark ausgeprägt (18- bis 29-Jährige: 81%). Mehr als ein Drittel (36%) schreibt den Betroffenen die vorrangige Verantwortung für Adipositas zu (Männer: 42%, Frauen 30%). Auch diese Ansicht ist unter Jüngeren deutlich stärker ausgeprägt (18- bis 29-Jährige: 43%). Jede_r sechste Befragte (15%) gibt offen zu, dass sie bewusst den Kontakt mit adipösen Menschen vermeiden. Auch diesbezüglich ist der Anteil bei Männern höher (18%) als bei Frauen (12%).⁷¹

Gewichtsbezogene Stereotype und Stigmata sind auch im Hinblick auf die gesundheitlichen Chancen verschiedener Bevölkerungsgruppen von Bedeutung. Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status (geringes Haushaltseinkommen bzw. niedriger Bildungsabschluss) sind deutlich häufiger von Adipositas bzw. Übergewicht betroffen als solche mit höherem sozioökonomischen Status (hohes Haushaltseinkommen bzw. höherer Bildungsabschluss). Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund des Körpergewichts und daraus resultierende negative Gesundheitsfolgen können die Kluft in den Gesundheitschancen weiter erhöhen.

Im Hinblick auf die Prävalenz von Adipositas und Übergewicht ist der soziale Gradient bei Frauen deutlich stärker ausgeprägt als bei Männern. Der Anteil mit Übergewicht oder Adipositas ist unter Frauen mit Pflichtschulabschluss fast doppelt so hoch (53%) als bei Frauen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss (siehe Abbildung 48). Männer mit Pflichtschulabschluss sind demgegenüber zu etwa einem Drittel häufiger betroffen (64%) als Männer mit höherer Bildung (47%). Auch nach Einkommensgruppen zeigt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 49).

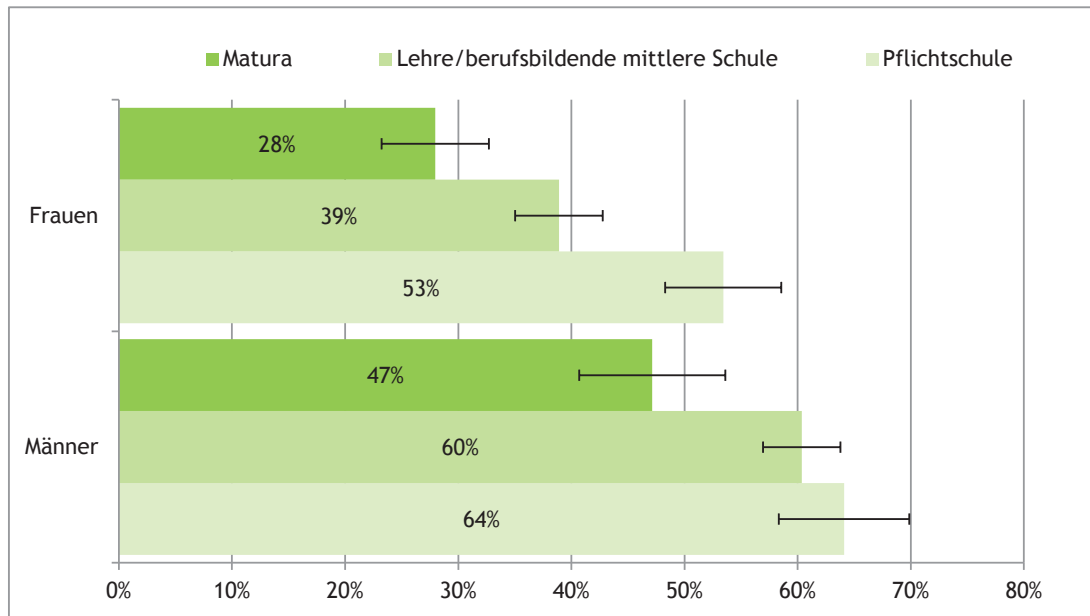
⁶⁸ Andreyeva et al. 2008; Bartlets 2016

⁶⁹ Hilbert et al. 2013

⁷⁰ DAK Gesundheit 2016, S. 28

⁷¹ DAK Gesundheit 2016, S. 26

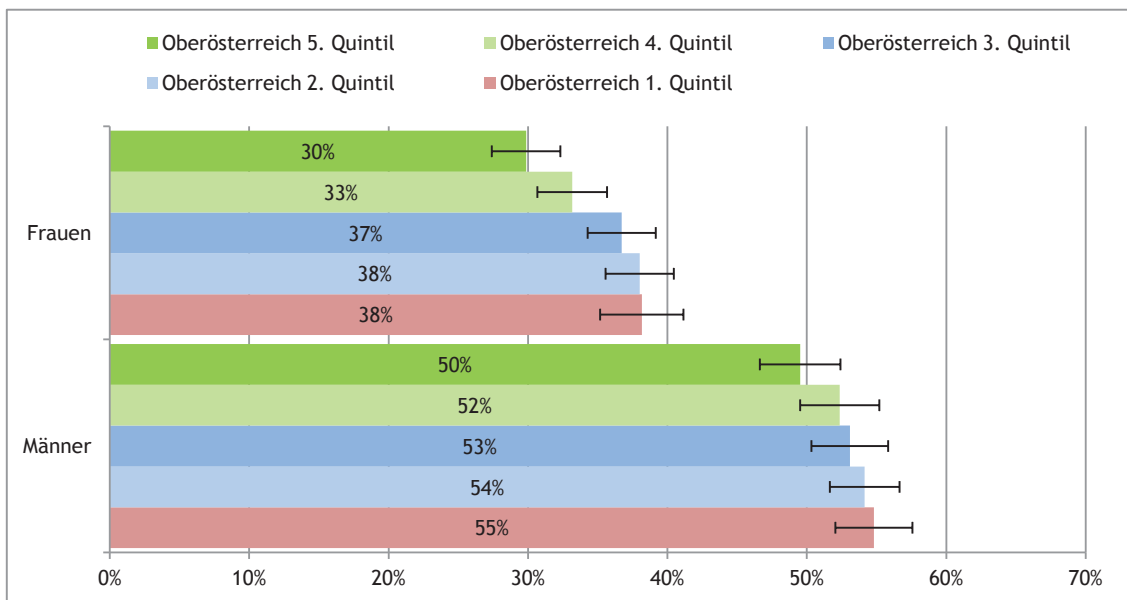
Abbildung 48: Adipositas bzw. Übergewicht nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich



GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil mit Adipositas oder Übergewicht (BMI>25); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%; oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Abbildung 49: Adipositas bzw. Übergewicht nach Geschlecht und Haushaltseinkommen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Anteil mit Adipositas oder Übergewicht (BMI>25); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%; oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

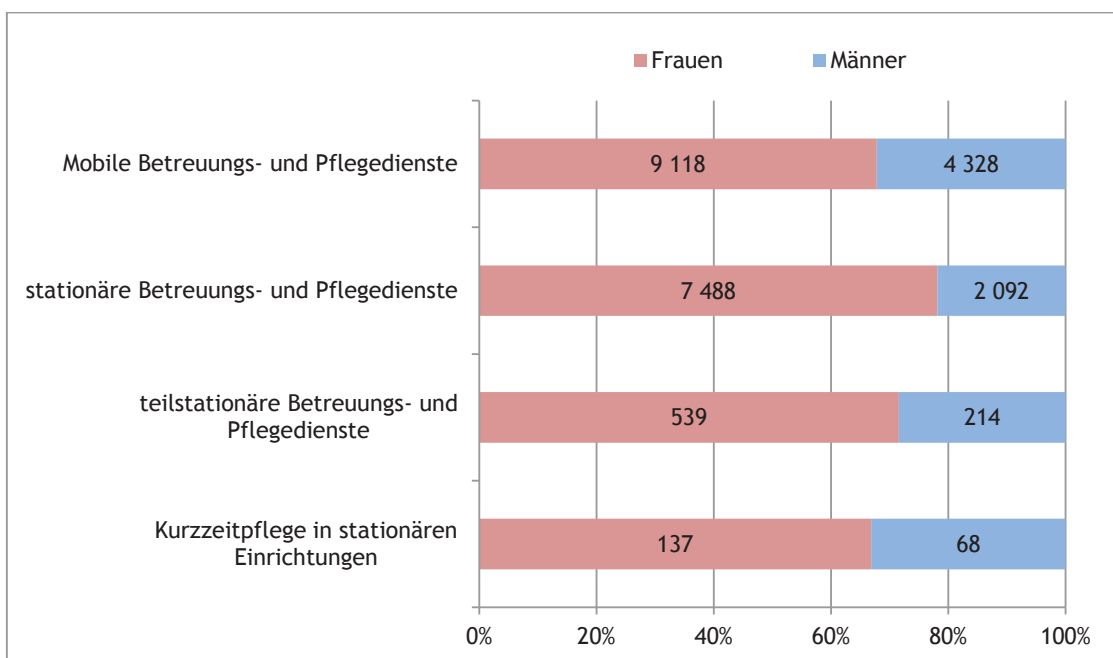
2.3.13. Pflegegeld-Einstufung - Unterschiede nach Geschlecht

Aus der Gender-Perspektive ist es ebenfalls interessant, wie sich die Pflegeleistungen in Oberösterreich auf die Geschlechter verteilen.

In Oberösterreich wurden Ende des Jahres 2015 mehr Frauen als Männer in der Pflege betreut. Am stärksten ist der Unterschied in den stationären Betreuungs- und Pflegediensten, wo 78 Prozent auf weibliche Betreute fallen.

In den weiteren Bereichen (mobile Betreuungs- und Pflegedienste, teilstationäre Betreuungs- und Pflegedienste, Kurzzeitpflege) ist der Anteil der Frauen an den betreuten Personen zirka zwei Drittel.

Abbildung 50: Betreute Personen in der Pflege nach Geschlecht Ende 2015 in Oberösterreich

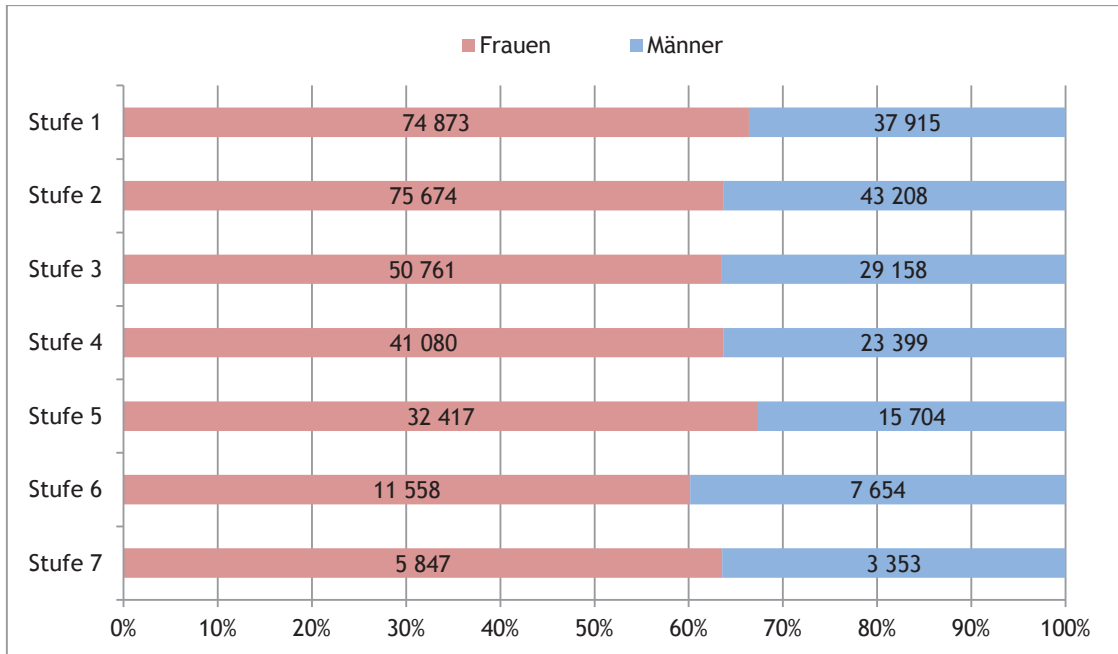


Quelle: Statistik Austria

In Oberösterreich gab es im Jahr 2015 ca. 70.000 Bezieh_innen von Pflegegeld. Österreich-weit sind unter den Bezieh_innen von Pflegegeld 65 Prozent Frauen und 35

Prozent Männer. In der Pflegegeld-Stufe 5 ist der Männer-Anteil mit 33 Prozent am niedrigsten, in der Stufe 6 mit 40 Prozent am höchsten.

Abbildung 51: Bezieher_innen von Bundespflegegeld nach Pflegegeld-Stufen und Geschlecht 2015 in Österreich



GESUNDHEITZUSTAND VON MÄNNERN UND FRAUEN

Quelle: Statistik Austria

Der höhere Anteil der Frauen unter den pflegebedürftigen Personen hängt mit der höheren Lebenserwartung zusammen, wodurch mehr Frauen ein höheres Alter erreichen.

Die Lebenserwartung in Gesundheit ist für beide Geschlechter ähnlich hoch. Das bedeutet, dass Frauen mehr Lebensjahre bei einem schlechteren Gesundheitszustand verbringen als Männer (siehe Kapitel 2.1).

2.4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität versteht man subjektive Gesundheitsindikatoren, die mindestens vier Dimensionen abbilden: physischer Gesundheitszustand, psychische Befindlichkeit, soziale Beziehungen und funktionelle Alltagskompetenz.⁷² Ein Erhebungsinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt der Fragebogen WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life) dar. Die Kurzversion (WHOQOL-BREF) wurde in der Österreichischen Gesundheitsbefragung der Statistik Austria verwendet. Der Fragebogen umfasst 24 Items, die den vier Domänen „physische Befindlichkeit“, „psychisches Wohlbefinden“, „soziale Beziehungen“, und „Umwelt“ zugeordnet werden können.⁷³

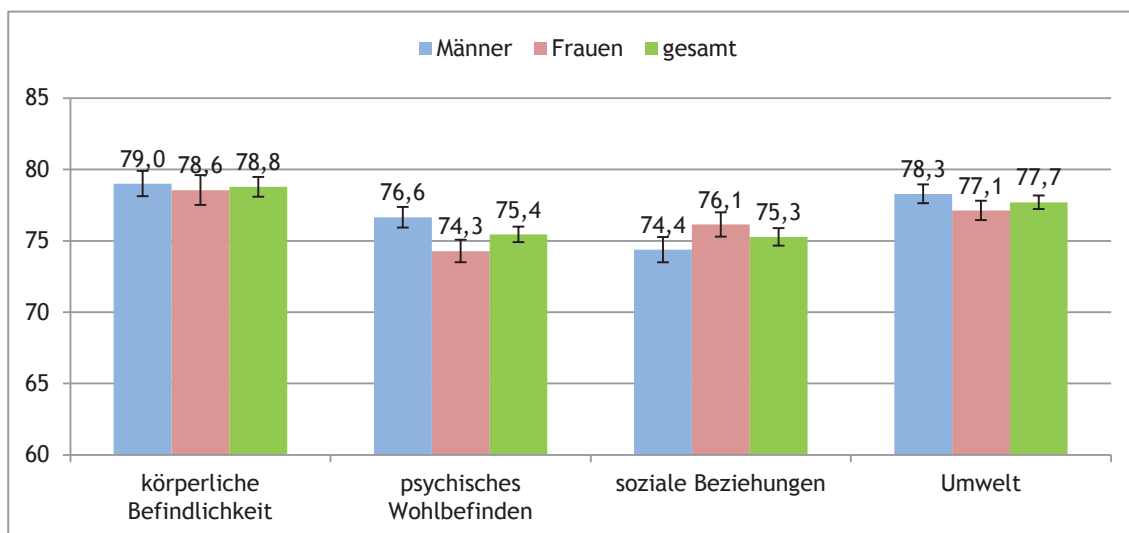
Die oberösterreichische Bevölkerung bewertet die körperliche Befindlichkeit im Durchschnitt mit 79 von 100 Punkten. Mit zunehmendem Alter nimmt das körperliche Wohlbefinden ab (von 85 Punkten bei 15- bis 24-Jährigen auf 66 Punkte bei über 75-Jährigen). Zwischen Männern und Frauen sind keine wesentlichen Unterschiede zu beobachten.

In der Domäne „psychisches Wohlbefinden“ beträgt der oberösterreichische Durchschnitt 75 Punkte. Männer haben ein etwas besseres psychisches Wohlbefinden (77 Punkte) als Frauen (74 Punkte). Dies ist vor allem in der Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahren zu beobachten. Im höheren Alter über 75 Jahren sinkt der Mittelwert bei beiden Geschlechtern auf 69 Punkte.

Die Qualität der sozialen Beziehungen nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab (von 80 Punkten in der jüngsten Altersgruppe auf 69 Punkte bei über 75-Jährigen). Frauen weisen etwas bessere soziale Beziehungen auf als Männer.

Im Durchschnitt wird die umweltbezogene Lebensqualität mit 78 von 100 Punkten bewertet. Zwischen Männern und Frauen ist kein wesentlicher Unterschied zu beobachten. Im höheren Alter sinkt die umweltbezogene Lebensqualität auf 73 Punkte bei den über 75-Jährigen ab.

Abbildung 52: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Mittlerer Punktwert (0-100). Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

⁷² Bullinger und Morfeld 2008, S. 387

⁷³ Klimont und Baldasz 2015, S. 20

Factbox

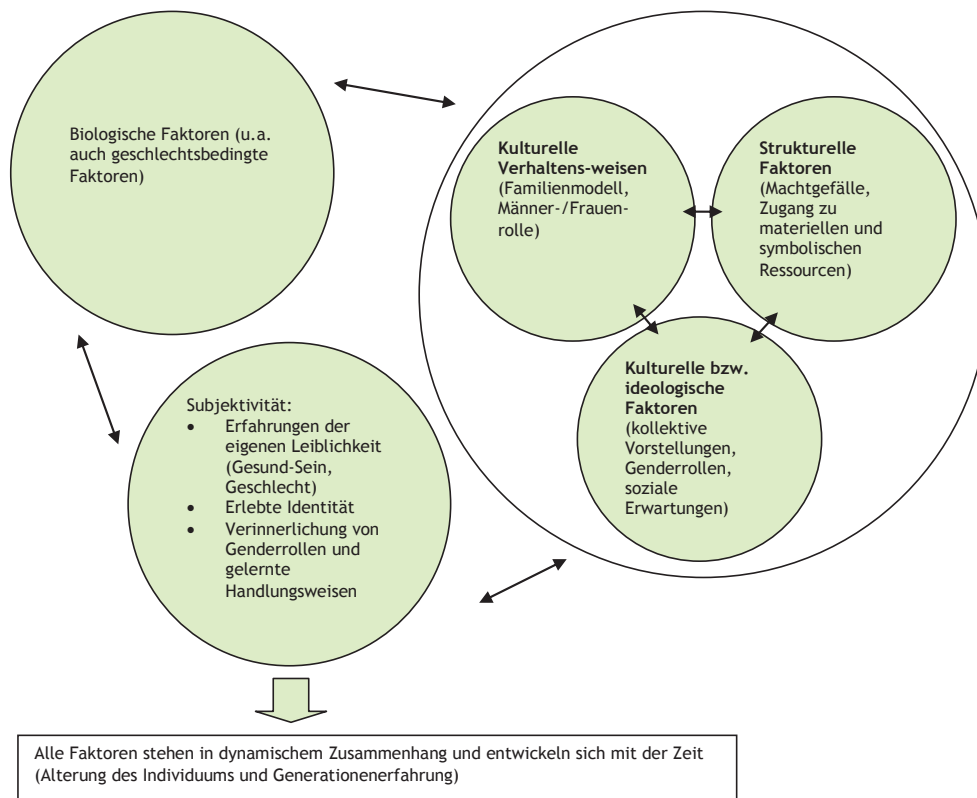
- In den letzten Jahrzehnten ist die Lebenserwartung von Männern und Frauen angestiegen. Frauen weisen eine höhere Lebenserwartung bei der Geburt auf. Bis in die 1970er war in Österreich die Zunahme der Lebenserwartung bei Frauen deutlich stärker als bei Männern. Seit den 1980ern steigt die Lebenserwartung der Männer etwas stärker als die der Frauen, so dass wieder eine gewisse Annäherung zu beobachten ist. Sozioökonomische Faktoren dürften einen erheblichen Einfluss auf die Geschlechterdifferenz ausüben. Im europäischen Vergleich variiert der Unterschied in der Lebenserwartung von Männern und Frauen zwischen 11 Jahren (Litauen) und 2 Jahren (Liechtenstein).
- Im Durchschnitt verbringen Frauen rund drei Lebensjahre länger bei schlechtem oder höchstens mittelmäßigem Gesundheitszustand als Männer.
- Hinsichtlich der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig. Demgegenüber zeigen sich deutliche Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status (z.B. nach Bildungsgrad).
- Frauen leiden etwas häufiger an Schmerzen als Männer. Im Hinblick auf chronische Erkrankungen sind Frauen häufiger von Harninkontinenz, Depression, chronischen Kopfschmerz und chronischen Nackenschmerzen betroffen als Männer. Männer leiden etwas häufiger an chronischen Folgen eines Herzinfarktes.
- Männer verletzen sich deutlich häufiger bei Freizeitunfällen als Frauen. Verletzungen aufgrund von Haushaltsunfällen sind bei Frauen etwas häufiger als bei Männern vorzufinden. Männer versterben häufiger an Verkehrsunfällen als Frauen. Männer sind auch häufiger von Arbeitsunfällen betroffen als Frauen. Letzteres trifft jedoch nur auf die unteren (Pflichtschulabschluss) bzw. mittleren Bildungsgruppen (Lehre/BMS) zu. Zwischen Männern und Frauen mit höherem Bildungsabschluss ist hinsichtlich der Arbeitsunfälle kein Unterschied zu beobachten.
- Frauen leiden häufiger an depressiven Symptomen als Männer. Frauen weisen auch häufiger Krankenhausaufenthalte aufgrund von affektiven Störungen und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen auf. Demgegenüber weisen Männer häufiger Krankenhausbehandlungen aufgrund von Alkoholerkrankungen auf. Frauen sind deutlich häufiger von Essstörungen betroffen als Männer.
- Während Adipositas bei Männern und Frauen annähernd gleich verteilt ist, sind deutlich mehr Männer von Übergewicht betroffen.
- Im Hinblick auf Krebserkrankungen stellen bei Frauen die Brust, der Darm sowie die Lunge die häufigsten Lokalisationen dar. Bei Männern sind die Prostata, die Lunge und der Darm die am häufigsten betroffenen Organe. In den letzten Jahren ist die Krebsmortalität bei Männern und Frauen zurückgegangen. Hinsichtlich der Lungenkreberkrankungen ist bei Männern ein Rückgang zu beobachten wohingegen bei Frauen ein Anstieg zu verzeichnen ist.
- In Oberösterreich werden mehr Frauen als Männer in der Pflege betreut, wobei der stärkste Unterschied in den stationären Betreuungs- und Pflegediensten zu erkennen ist. Österreich weit sind Frauen häufiger Bezieher_innen von Pflegegeld als Männer.
- Die häufigsten Todesursachen für Männer und Frauen sind Herz-Kreislaufkrankungen und bösartige Neubildungen. Mortalität infolge äußerer Ursachen (Verletzungen, Vergiftungen) ist bei Männern häufiger als bei Frauen. Die Geburt stellt für Mütter und Kinder ein gewisses Risiko dar. In den letzten Jahrzehnten sind die Mütter- und die Säuglingssterblichkeit stark zurückgegangen.
- Durch Suizid versterben mehr Männer als Frauen. Demgegenüber sind Suizidversuche bei Frauen häufiger als bei Männern.

3. EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT AUS DER GENDERPERSPEKTIVE

Entsprechend dem Modell der Gesundheitsdeterminanten⁷⁴ sind Einflussfaktoren, die sich positiv oder negativ auf die Gesundheit von Männern und Frauen auswirken können, in verschiedenen Bereichen vorzufinden. Neben physiologischen Faktoren sind die individuelle Lebensweise, die Einbindung in soziale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und Umwelt-Faktoren in ihrem Zusammenspiel zu berücksichtigen. Aus einer Genderperspektive lassen sich wesentliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Männern und Frauen in folgenden Bereichen verorten:

- strukturelle Rahmenbedingungen, z.B. das Zusammenspiel zwischen Arbeitsmarkt und den aktuellen Formen des Familienlebens,
- kulturelle Faktoren und die daraus resultierenden genderspezifischen Lebenslaufmuster, Rollenerwartungen und Normen,
- subjektive Faktoren wie bspw. die Selbstwahrnehmung von Gesundheit und Krankheit, die erlebte Frauen- bzw. Männeridentität, und die psychische Verinnerlichung von Normen und Geschlechterrollen,
- generationenspezifische Lebenserfahrungen und die Beziehungen zwischen den Generationen,
- sowie das komplexe Zusammenspiel von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren.⁷⁵

Abbildung 53: Faktoren zur Gesundheit von Männern und Frauen



Quelle: La Fernandez de Hoz 2004, S. 15 (IGP-Grafik)

Einige zentrale Einflussgrößen auf die Gesundheit wurden bereits im Kapitel 1. Soziodemografie angesprochen:

- Lebenssituation bzw. Familie und Partnerschaft (siehe 1.3. Familien und Haushalte),
- Bildung (siehe 1.4. Bildungsgrad),

- Erwerbstätigkeit (siehe 1.5. Beruf, Beschäftigung und Arbeitslosigkeit),
- Einkommen (siehe 1.6. Einkommen).

Nachfolgend wird auf weitere Gesundheitsdeterminanten bzw. gesundheitsrelevante Themenbereiche eingegangen.

⁷⁴ Dahlgren, Whitehead 1991

⁷⁵ La Fernandez de Hoz 2004, S. 14-15

3.1. Genetische/Biologische Faktoren

Es gibt verschiedene biologische bzw. genetische Aspekte, die für die Gesundheit von Männern und Frauen relevant sind. Nachfolgend sollen einige davon kurz angesprochen werden.

Neben den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen (Genitalien, Brüste) weisen Männer und Frauen hinsichtlich verschiedener Merkmale Unterschiede auf. Dazu gehören auch die Körpergröße und der Hormonhaushalt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele dieser Merkmale auch innerhalb der Geschlechtergruppen erheblich streuen und eher kontinuierlich als dichotom verteilt sind.⁷⁶

Im Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten biologischen bzw. genetischen Unterschieden sind zunächst Erkrankungen geschlechtsspezifischer Organe anzuführen, z.B. Gebärmutter- oder Prostatakrebs.⁷⁷

Im Hinblick auf verschiedene Erkrankungen spielt auch die unterschiedliche hormonelle Ausstattung der Geschlechter eine gewisse Rolle. So wird die geringere Verbreitung von Herz-Kreislaufkrankung bei Frauen vor der Menopause darauf zurückgeführt, dass Östrogen als Schutzfaktor wirkt.⁷⁸ Frauen leiden häufiger an Schilddrüsenerkrankungen und Migräne, was ebenfalls mit dem weiblichen Hormonhaushalt in Verbindung gebracht wird.⁷⁹ Sexualhormone üben einen relevanten Einfluss auf die Signalübertragung des Gehirnes aus. Daher kommen sie als Einflussfaktor für die geschlechtsspezifische Verteilung verschiedener psychischer Erkrankungen in Betracht.⁸⁰

Für geschlechtsspezifische Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit bzw. in der vorgeburtlichen Sterblichkeit werden meist genetische Faktoren verantwortlich gemacht. Auch die höhere Unfallhäufigkeit von männlichen Säuglingen und Kleinkindern wird häufig mit einem stärkeren, biologisch bedingten Bewegungsdrang in Verbindung gebracht (z.B. Häufigkeit der Stürze vom Wickeltisch etc.).⁸¹

Im Hinblick auf die geschlechtsspezifische Verteilung von Essstörungen werden - neben den gesellschaftlichen Einflussfaktoren (Schlankheitsideal etc.) - auch biologische Einflussfaktoren diskutiert. Dazu gehören genetische Faktoren, Unterschiede im Serotonin- und Dopaminstoffwechsel sowie strukturelle Veränderungen im Belohnungssystem des Gehirns.⁸² (Weitere Informationen zum Thema Essstörungen sind im Kapitel 2.3.20 des vorliegenden Berichtes zu finden.)

Bei Frauen spielen zudem hormonelle Schwankungen im Menstruationszyklus sowie im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Menopause eine wichtige Rolle, die sich auf das psychische Wohlbefinden auswirken können.⁸³ Die größere Verbreitung von Depressionen unter Frauen wird u.a. mit Veränderungen im Hormonhaushalt in Zusammenhang gebracht. Die Verbreitung von Depressionen ist bei Frauen vor allem in der reproduktiven Phase höher als bei den Männern, was auch auf Schwankungen im Hormonhaushalt (im Menstruationszyklus) zurückgeführt wird. Zudem ist in den Wechseljahren eine erhöhte Inzidenz von Depression zu beobachten. Nach der Menopause gleicht sich die Inzidenz der Frauen an die der Männer an.⁸⁴

Frauen weisen häufiger Nierenbeckenentzündungen auf, was auf die unterschiedliche Anatomie der Geschlechter zurückgeführt wird (kürzere Harnleiter, kürzerer Weg zwischen Darmausgang, Vagina und Harnröhre etc.), die derartige Infektionen begünstigen.⁸⁵

Außerdem gibt es Hinweise dafür, dass die Lungen von Frauen empfindlicher auf Schadstoffe reagieren als die von Männern. So ist beispielsweise bekannt, dass aufgrund einer unterschiedlichen Enzymausstattung die Aufnahme und der Abbau von Schadstoffen bei Frauen anders als bei Männern abläuft, was unter anderem in einer erhöhten Empfindlichkeit von Frauen gegenüber Zigarettenrauch resultiert.⁸⁶

Die Ausstattung mit zwei X-Chromosomensätzen des weiblichen Organismus erlaubt es, etwaige Schäden in einem Chromosomensatz auszugleichen, was die Entstehung bestimmter Erkrankungen verhindern kann.⁸⁷ Für manche Erkrankungen, z.B. Farbenblindheit und Hämophilie lässt sich die geschlechtsspezifische Verteilung durch genetische Ursachen erklären.⁸⁸

Hinsichtlich der biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen ist anzumerken, dass es auch innerhalb der Geschlechter beträchtliche Variationsbreiten gibt. Daher wird auch aus biomedizinischer Sicht darauf aufmerksam gemacht, dass die Kategorisierung in zwei Geschlechter nicht ausreicht, sondern eine differenziertere Betrachtungsweise sinnvoll erscheint.⁸⁹ Im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung spielen biologische und genetische Faktoren nur eine untergeordnete Rolle.⁹⁰

⁷⁶ Robert Koch-Institut (RKI) 2014, S. 5

⁷⁷ Dinges 2006, S. 22

⁷⁸ Dinges 2006, S. 22

⁷⁹ Lademann und Kolip 2005, S. 79

⁸⁰ Robert Koch-Institut (RKI) 2014, S. 6

⁸¹ Dinges 2006, S. 22

⁸² Huf und Kasper 2016, S. 166

⁸³ Huf und Kasper 2016, S. 171

⁸⁴ Huf und Kasper 2016, S. 165

⁸⁵ Lademann und Kolip 2005, S. 22

⁸⁶ Weltgesundheitsorganisation 2010, S. 9

⁸⁷ Stierler 2016, S. 52

⁸⁸ Robert Koch-Institut (RKI) 2014, S. 6

⁸⁹ Bolte 2016, S. 105

⁹⁰ Dinges 2006

Exkurs: Intersexualität

Unter Intersexualität versteht man eine Vielzahl an zwi- schengeschlechtlichen Erscheinungsformen, bei denen durch den untypischen Verlauf der Geschlechtsentwick- lung (vor bzw. nach der Geburt) sowohl männliche als auch weibliche körperliche Geschlechtsmerkmale entwickelt werden (z.B. Chromosomen, Keimdrüsen, innere und äu- ßere Geschlechtsorgane etc.). Im medizinischen Bereich hat sich in den letzten Jahren der Begriff „Störungen der Geschlechtsentwicklung“ durchgesetzt („disorders of sex development“, DSD). Teilweise wird auch der Begriff „Di- vergenz der Geschlechtsentwicklung“ verwendet.⁹¹ Im Gegensatz zur Intersexualität ist bei der Transsexualität das biologische Geschlecht eindeutig, steht aber im Wi- derspruch zum persönlichen Empfinden und zur sexuel- len Identität der Betroffenen.⁹² Von Betroffenenengruppen wird der „Störungsbegriff“ häufig abgelehnt, da dieser als diskriminierend bzw. nicht angemessen angesehen wird (sowohl hinsichtlich der Intersexualität als auch der Transsexualität).⁹³

Epidemiologischen Schätzungen zufolge kann davon aus- gegangen werden, dass bei einer von 2.000 bis 5.000 Geburten eine divergente Geschlechtsentwicklung (In- tersexualität) vorliegt.⁹⁴ Das würde bedeuten, dass in Oberösterreich jährlich zwischen drei und sieben Kinder mit nicht eindeutigem biologischem Geschlecht geboren würden. Größenordnungsmäßig wären in der oberöster- reichischen Gesamtbevölkerung ca. 300 bis 700 Men- schen betroffen.

Divergenzen in der Geschlechtsentwicklung, die eine ein- deutige Zuordnung der Betroffenen zu einem Geschlecht erlauben, können in genetischen Variationen (Abwei- chungen vom 46,XX bzw. 46,XY Chromosomensatz) be- gründet sein. Es kommt aber auch bei eindeutig männli- chem oder weiblichem Chromosomensatz zu Variationen in der Geschlechtsentwicklung, die eine nicht eindeuti- ge Ausbildung der Keimdrüsen (Eierstöcke, Hoden) bzw.

des anatomischen Erscheinungsbildes (Penis, Hodensack, Scheidenvorhof, Klitoris) nach sich ziehen können. Auch eine geschlechtstypische anatomische Entwicklung bei entgegengesetztem genetischem Geschlecht (XY-Frauen oder XX-Männer) ist möglich.⁹⁵

Über lange Zeit wurde Intersexualität als ein vorrangig medizinisches Problem angesehen. Es wurde davon aus- gegangen, dass eine möglichst frühe Zuweisung eines Ge- schlechts und eine entsprechende medizinische Korrektur der Anatomie die betroffenen Kinder vor sozialer Stig- matisierung, psychischer Belastung und Verunsicherung in der Geschlechteridentität bewahren könnte. Entspre- chend wurde Eltern zu einer konsequenten Erziehung ent- sprechend dem zugewiesenen Geschlecht und zum Ver- schweigen der Hintergründe angeraten. Da vor allem das äußere Erscheinungsbild der Geschlechtsorgane im Vor- dergrund stand, kam es auch zur Korrektur anatomischer Abweichungen, wenn keine medizinische Notwendigkeit bestand (z.B. von der Norm abweichende Größe von Penis oder Klitoris).⁹⁶

In den letzten Jahren wird die bis Ende des vorigen Jahr- hunderts gängige Behandlungspraxis zusehends kritisch betrachtet, insbesondere die frühe chirurgische Korrektur. Die aktuellen Standards für die medizinische und psychosoziale Behandlung von Intersexualität umfassen folgende Aspekte:

- keine Geschlechtszuweisung vor einer expertenge- stützten Diagnostik,
- Behandlung durch multidisziplinäre, erfahrene Be- handlungsteams,
- Geschlechtszuweisung für jedes Kind,
- offene Kommunikation mit Patient_innen und Eltern und partizipative Entscheidungsprozesse,
- angemessene Berücksichtigung der Patient_innen und Familieninteressen,
- Verweis auf Selbsthilfegruppen,
- psychosoziale Begleitung.⁹⁷

⁹¹ Richter-Appelt 2017, S. 2-3

⁹² Richter-Appelt 2017, S. 13

⁹³ Richter-Appelt 2017, S. 13

⁹⁴ Richter-Appelt 2017, S. 3

⁹⁵ Richter-Appelt 2017, S. 3-4

⁹⁶ Richter-Appelt 2017, S. 5-9

⁹⁷ Richter-Appelt 2017, S. 5-9

Factbox

- Neben den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen (Genitalien, Brüste) weisen Männer und Frauen hinsichtlich verschiedener biologischer Merkmale Unterschiede auf, die sich auch auf die Gesundheit bzw. auf das Auftreten diverser Erkrankungen auswirken können. Dazu zählen auch Unterschiede des Hormonhaushalts und der durchschnittlichen Körpergröße bzw. -masse.
 - Bezüglich der unterschiedlichen Anatomie von Frauen und Männern gibt es z. B. Hinweise dafür, dass die Lungen von Frauen empfindlicher auf Schadstoffe reagieren als die von Männern.
 - Hormonelle Ursachen spielen beispielsweise für die geringere Verbreitung von Herz-Kreislauferkrankung bei Frauen vor der Menopause eine gewisse Rolle, weil Östrogen als Schutzfaktor wirkt.
 - Genetische Ursachen werden auch häufig im Zusammenhang mit der höheren Sterblichkeit von männlichen Säuglingen angeführt (z. B. Häufigkeit der Stürze vom Wickeltisch aufgrund eines höheren Bewegungsdranges etc.), da diesbezüglich keine anderen Erklärungsansätze plausibel erscheinen.
- Hinsichtlich der biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen ist anzumerken, dass es auch innerhalb der Geschlechter beträchtliche Variationsbreiten gibt. Daher wird auch aus biomedizinischer Sicht darauf aufmerksam gemacht, dass die Kategorisierung in zwei Geschlechter meist nicht ausreicht, sondern eine differenziertere Betrachtungsweise sinnvoll erscheint (z. B. die Berücksichtigung der Körpergröße und anderer individueller Merkmale).
 - Zu bedenken ist, dass Menschen mit nicht eindeutig zuordenbarem biologischen (Intersexualität) oder psychosozialen Geschlecht (Transsexualität) besonderen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind. Intersexuelle Menschen weisen von Geburt an kein eindeutiges biologisches Geschlecht auf. In Oberösterreich werden jährlich schätzungsweise drei bis sieben intersexuelle Kinder geboren. Betrachtet man die aktuelle Wohnbevölkerung, so kann davon ausgegangen werden, dass zwischen 300 und 700 Oberösterreicher_innen mit nicht eindeutigem biologischem Geschlecht geboren wurden.

3.2. Geschlechtsspezifische Rollenerwartung

3.2.1. Geschlechtsspezifische Rollenverteilung und Gesundheitsdeterminanten

Die sozialen Geschlechterbeziehungen bzw. die geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen können sich in verschiedener Weise auf die Gesundheit auswirken. Einerseits kann die unterschiedliche Sozialisation von Männern und Frauen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in unterschiedlicher Weise prägen (z.B. Risiko- und Gesundheitsverhalten, Hygiene etc.). Andererseits sind Männer und Frauen, bedingt durch die gesellschaftliche Aufgaben- und Arbeitssteilung in unterschiedlichem Ausmaß verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt (z.B. Ansteckungsgefahr bei Pflegekräften, Unfallgefahr bei manuellen Tätigkeiten etc.).⁹⁸

Abweichungen vom vorherrschenden Geschlechterrollenbild können mit erheblichen psychischen Belastungen einhergehen (z.B. Diskriminierung, Mobbing, Bullying, Viktimisierung etc.). Insbesondere betrifft dies sexuelle Minderheiten wie bspw. homosexuelle Menschen. Aber auch Heterosexuelle, die hinsichtlich der Geschlechterexpression nicht den Geschlechterstereotypen entsprechen, können gesundheitsrelevanten sozialen Belastungen ausgesetzt sein. Beispielsweise weisen Jugendliche, die wegen homosexueller Neigungen diskriminiert werden, ein erhöhtes Risiko für Alkohol-, Nikotin- und Drogenkonsum sowie für suizidale Handlungen auf. Dasselbe gilt aber auch für Jugendliche, die wegen Abweichungen vom gängigen Geschlechterrollenbild diskriminiert werden (z.B. Viktimisierung von Burschen, die als zu feminin und Mädchen, die als zu maskulin angesehen werden).⁹⁹

Als gesundheitsrelevant ist auch die gesellschaftliche Verteilung von Ressourcen anzusehen, die mit den vorherrschenden Geschlechterrollen einhergehen. Zum Beispiel wirken sich Schwerpunktsetzungen in der Familien- und Sozialpolitik in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheitschancen von Männern und Frauen aus (z.B. soziale Absicherung von Alleinerzieherinnen).¹⁰⁰

Geschlechterrollen spiegeln sich auch in gesellschaftlichen Strukturen wie z.B. sozialrechtlichen Rahmenbedingungen wieder. Soziale Sicherungssysteme können in unterschiedlichem Ausmaß dazu beitragen, die traditionelle Aufgabenteilung zwischen Männern und Frauen zu begünstigen bzw. abweichende Lebensmodelle zu benachteiligen. Diesbezüglich können aus theoretischer Sicht verschiedene Idealtypen identifiziert werden.

Im familiären Bereich stellen Sozialsicherungssysteme, die an traditionellen Rollenbildern orientiert sind, vor allem auf die Umverteilung vom Familienernährer zur (nicht berufstätigen) (Ehe)frau ab. Die staatliche Sicherung begünstigt die Geschlechterrollen (Männer als Erwerbstätige und Frauen als Familienarbeitende). Für Männer bedeutet dies, dass die soziale Absicherung stark an die Erwerbstätigkeit geknüpft ist. Für Frauen einerseits aus der Erwerbstätigkeit des Partners abgeleitete (z.B. Witwenpension, Mitversicherung) oder eigenständig erworbene Ansprüche, die an die Erfüllung der geschlechtsspezifischen Rolle geknüpft sind. Aufgrund der in diesem Idealtypus vorherrschenden alleinigen Erwerbstätigkeit der Männer stehen betriebliche (z.B. Betriebspension) und private Sicherungssysteme (z.B. Lebensversicherung) vor allem Männern zur Verfügung. Frauen profitieren dadurch nur indirekt über die innerfamiliäre Umverteilung.¹⁰¹

Demgegenüber stellt ein an multiplen Genderidentitäten orientiertes Sozialsicherungssystem auf eine von traditionellen Geschlechterrollen unabhängige Umverteilung innerhalb der Familie ab. Wesentliche Elemente der staatlichen Sicherung sind der individuelle Erwerb von Ansprüchen sowie die gleichwertige und geschlechtsunabhängige Sicherung von Erwerbsarbeit und informeller Arbeit (Familienarbeit) sowie die Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen zur Unterstützung individueller Lebensentwürfe. Im Hinblick auf betriebliche und private Sicherungselemente sollte zudem unabhängig vom Geschlecht bzw. der gewählten Familienrolle ein fairer Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglicht werden.¹⁰²

Es lassen sich vier familien- und sozialpolitische Modelle unterscheiden:

1. Das „Betreuungsmodell“ stellt die Förderung von Kinderbetreuungsaufgaben (von Müttern) durch Unterstützungsleistungen in den Vordergrund und stärkt die traditionelle Rollenaufteilung (z.B. Deutschland, Niederlande).
2. Das „Ernährerin-Modell“ betont die Erwerbstätigkeit von Frauen und Männern und bietet wenig Unterstützung für Familienarbeit und Kindererziehung (z.B. Kanada, Großbritannien, USA).
3. Das „Wahlfreiheitsmodell“ unterstützt einerseits die Kinderbetreuung, setzt aber auch Anreize für die Teilnahme am Arbeitsmarkt (z.B. Frankreich).
4. Das „Gleichstellungsmodell“ sucht eine Balance zwischen Erwerbsarbeit und Fürsorgeverpflichtungen (z.B. Finnland, Norwegen, Schweden).

Insbesondere das „Ernährerin-Modell“, aber auch das „Betreuungsmodell“, bergen ein erhebliches Armutsrisiko für Alleinerziehende.¹⁰³

⁹⁸ Kolip 2009, S. 59
⁹⁹ loerger et al. 2015
¹⁰⁰ Kolip 2009, S. 64

¹⁰¹ Leitner, S. 22-23
¹⁰² Leitner, S. 22-23
¹⁰³ Kolip 2009

Im Hinblick auf die familienpolitischen Modelle ist Österreich nicht eindeutig zuordenbar, da Aspekte aus verschiedenen Modellen kombiniert werden. Am ehesten könnte man Österreich zwischen Wahlfreiheits- und Betreuungsmodele einordnen.

Der mit den Modernisierungsprozessen industrieller Gesellschaften verbundene Wertewandel (Individualisierung) hat zu einer tiefgreifenden Veränderung in den Geschlechterrollen geführt. Insbesondere die Frauenrolle war einem erheblichen Wandel unterworfen. Im Gegensatz zur traditionellen Frauenrolle stehen Selbstbestimmung und Autonomie im gesellschaftlichen Leitbild der Frauen im Vordergrund, was zur Neudefinition der Rolle in vielen Lebensbereichen (Sexualität, Familie, Partnerschaft, Beruf, Bildung etc.) führte. Da familiäre Aufgabenteilung (Familienarbeit, Kindererziehung, Pflege etc.) noch traditionellen Mustern folgt, ist dies für Frauen häufig mit einer Doppelbelastung (Familie, Berufstätigkeit) verbunden.¹⁰⁴

Im Gegensatz zur Frauenrolle hat sich die männliche Geschlechterrolle vergleichsweise wenig verändert. Zudem scheint die traditionelle Definition von Männlichkeit in postmodernen Gesellschaften zunehmend an Funktionalität zu verlieren, was zu Konflikten führen kann. Die starke bzw. einseitige Verankerung der Männerrolle in der beruflichen Erwerbsarbeit bedingt angesichts der wirtschaftlichen Entwicklungen (Verknappung der Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit, Erodieren des Normalarbeitsverhältnisses, etc.) eine Herausforderung, die mit erheblichen Belastungen verbunden sein kann.¹⁰⁵

3.2.2. Gesellschaftliche Werthaltungen und Geschlechterrollen

Die geschlechtsspezifische Aufgabenteilung und die entsprechenden Rollenerwartungen sind in ein Wertesystem eingebettet („Geschlechterkultur“). Dieser kulturelle Rahmen weist eine gewisse Eigendynamik auf und kann auch in Widerspruch zu institutionalisierten Strukturen und etablierten Verhaltensmustern (z.B. vorherrschende Familienmodelle) treten.¹⁰⁶ Beispielsweise ist die Berufstätigkeit von Müttern im Zusammenhang mit der Kinderbetreuung nicht nur von familienpolitischen Maßnahmen abhängig, sondern auch von gesellschaftlichen Werthaltungen mitbestimmt.¹⁰⁷

Gleichstellung von Männern und Frauen

Entsprechend der Eurobarometererhebung 2014 geben zwei Drittel der Österreicher_innen an, dass die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen sehr oder ziemlich weit verbreitet sind (EU-28: 62%). Frauen sind deutlich häufiger dieser Ansicht (74%) als Männer (56%). Ungleichheit zwischen den Geschlechtern wird vor allem in den höheren Altersgruppen wahrgenommen (40- bis 65-Jährige: 71%, über 55-Jährige 73%). In der jüngeren Bevölkerung ist der Anteil deutlich geringer (15- bis 20-Jährige: 47%, 25- bis 29-Jährige: 61%).¹⁰⁸

In der Europarametererhebung 2014 wurde auch die Bedeutung verschiedener Problembereiche geschlechtsspezifischer Ungleichheit erhoben. Aufschluss hinsichtlich der Problemwahrnehmung bzw. des Problembewusstseins in der österreichischen Bevölkerung gibt die nachfolgende Abbildung 54. Anzumerken ist, dass hinsichtlich der Bewertung der Problembereiche die Medienberichterstattung sowie die öffentliche Diskussion einen wesentlichen Einfluss auf die Meinungsbildung ausüben und die Ergebnisse nicht als eine Bewertung der Gesundheitsrelevanz der angeführten Bereiche zu interpretieren ist.

An der Spitze rangieren die unterschiedliche Entlohnung von Frauen, Gewalt gegen Frauen sowie die geringeren Renten und die höhere Armutsgefährdung von Frauen. Diese Aspekte werden von Frauen deutlich häufiger genannt, werden aber auch von Männern in erheblichem Ausmaß als Problem angesehen. Im Mittelfeld rangieren der Abbau von geschlechtsspezifischen Vorurteilen bzw. Stereotypen und die geringere Anzahl von Frauen in Führungspositionen, wobei sich hinsichtlich dieser Aspekte keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern beobachten lassen. Die höhere Abbrecherquote von Jungen im Bildungssystem sowie die ungleiche Verteilung der Hausarbeit werden sowohl von Männern als auch von Frauen nur in geringem Ausmaß als vordringliches Handlungsfeld angesehen. Auch die geringere Lebenserwartung von Männern wird nur in geringem Ausmaß als Problem angesehen, allerdings von Männern deutlich häufiger als von Frauen.

¹⁰⁴ Schwartz 2012, S. 130

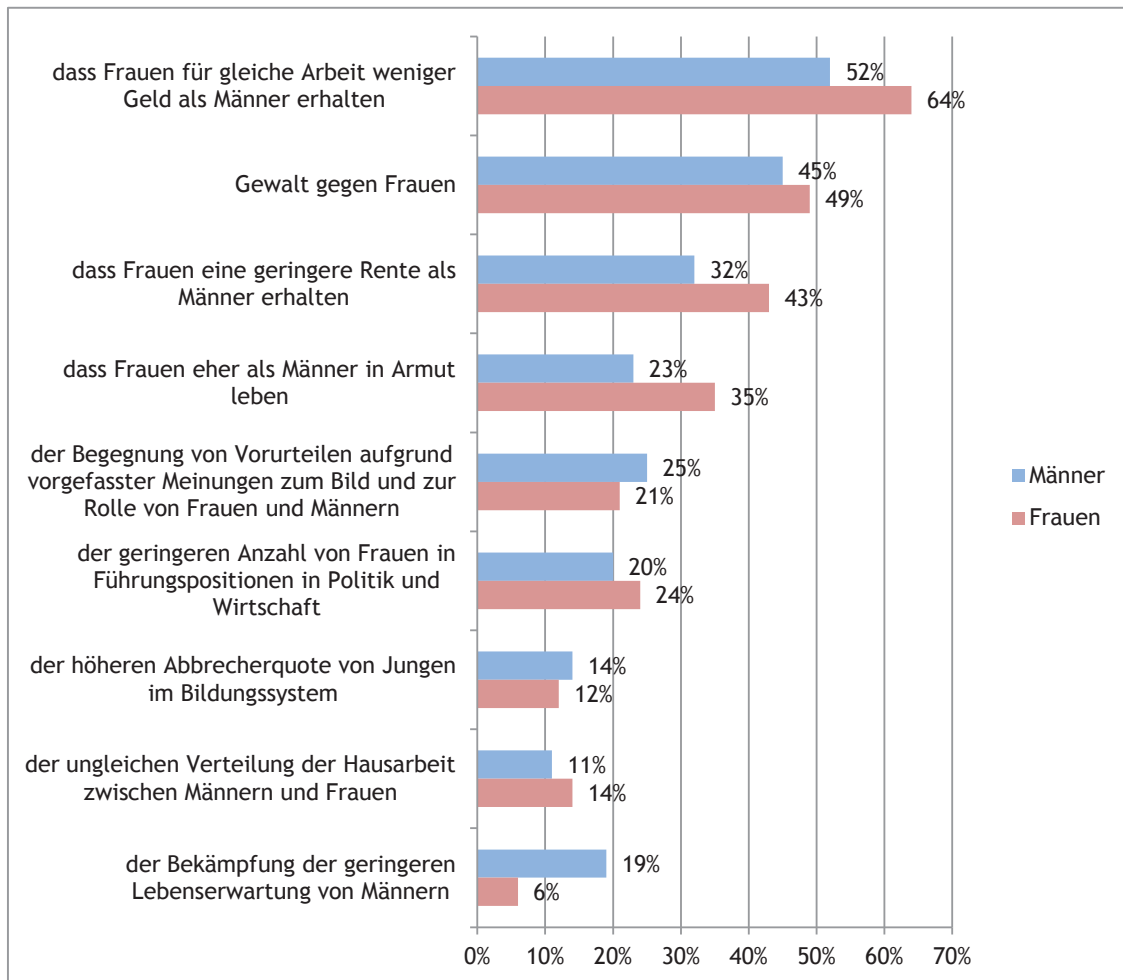
¹⁰⁵ Schwartz 2012, S. 130

¹⁰⁶ Polak 2011, S. 254

¹⁰⁷ Polak 2011, S. 255

¹⁰⁸ Europäische Kommission 2016

Abbildung 54: Problemwahrnehmung im Hinblick auf die Ungleichheit von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Eurobarometer 2014 (Europäische Kommission); Fragestellung: „Hier ist eine Liste mit Ungleichheiten, denen Männer und Frauen begegnen können. Welchen dieser Bereiche sollte man sich Ihrer Meinung nach am dringendsten widmen“ (Mehrfachantworten, max. 3 Nennungen)

Geschlechtsspezifische gesellschaftliche Werthaltungen

Im Vergleich zum Europäischen Durchschnitt wird in Österreich häufiger die Ansicht geäußert, dass unter der Berufstätigkeit der Mutter das Familienleben leidet (73%, EU-28: 60%). Auch der Anteil, der die Meinung vertritt, dass Männer bei der Erledigung der Hausarbeit weniger kompetent sind als Frauen, ist in Österreich etwas höher (58%, EU-28:50%). Demgegenüber ist der Anteil mit der Ansicht, dass Männer verstärkt in Bereichen der Kinderbetreuung (Kindertagesstätten etc.) arbeiten sollten, etwas höher (61%) als der EU-Schnitt (57%).¹⁰⁹

In Österreich wird häufiger die Meinung vertreten, dass ein Vater seine Karriere vor die Betreuung seines kleinen Kindes stellen muss (41%, EU-28: 29%). Auch die Ansicht, dass Frauen weniger bereit sind, eine persönliche Karriere zu machen als Männer, ist in Österreich deutlich verbreiteter (47%) als im EU-Durchschnitt (29%).¹¹⁰

¹⁰⁹ Europäische Kommission 2016

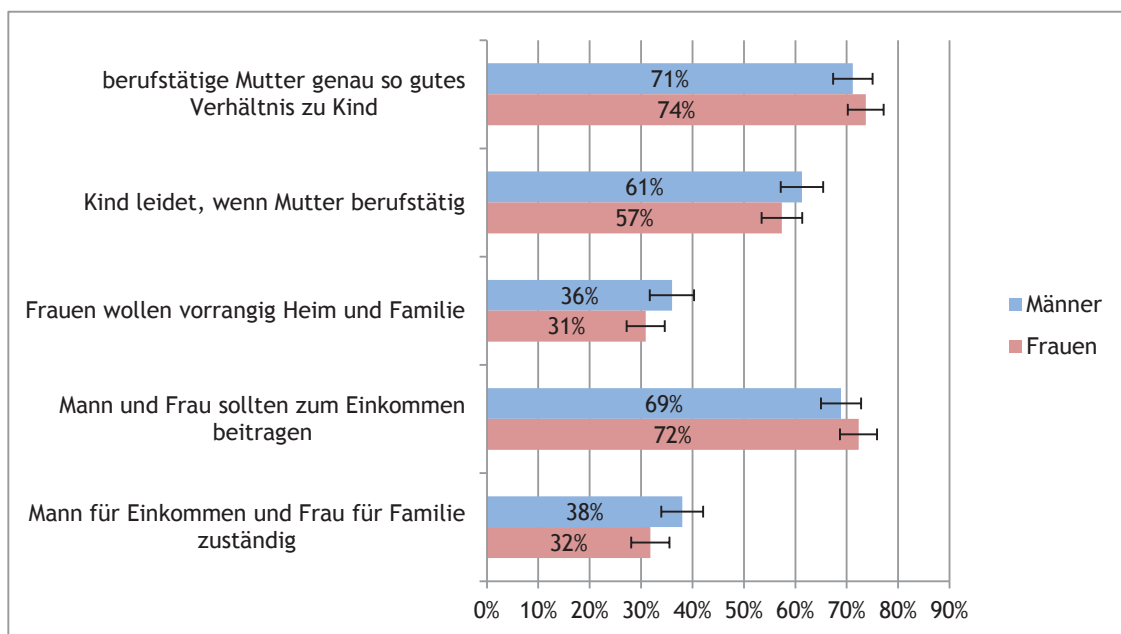
¹¹⁰ Europäische Kommission 2016

Hinsichtlich der auf die familiäre Rolle von Männern und Frauen bezogenen Werthaltungen zeigen sich nur sehr geringe Unterschiede zwischen den Geschlechtern. In Österreich stimmen 74 Prozent der Frauen und 71 Prozent der Männer der Aussage zu, dass eine berufstätige Mutter ein ebenso gutes emotionales Verhältnis zum Kind haben kann wie eine nicht berufstätige Mutter. Der Anteil ist in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen (1990: Frauen 55%, Männer 45%).¹¹¹ Andererseits sind 57 Prozent der Frauen und 61 Prozent der Männer der Ansicht, dass ein Kind im Vorschulalter wahrscheinlich darunter leidet, wenn die Mutter berufstätig ist, wenngleich der Anteil seit Anfang der 1990er Jahre deutlich zurückgegangen ist (1990: Männer und Frauen 83%).

Der Aussage „Einen Beruf zu haben ist ja ganz schön, aber das, was die meisten Frauen wirklich wollen, sind ein Heim und Kinder“ stimmen in Österreich 31 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer zu. Auch hier hat der Anteil in den letzten Jahrzehnten deutlich abgenommen. Zu Beginn der 1990er Jahre lag der Anteil noch bei rund 60 Prozent.¹¹²

Etwa sieben von zehn Österreicher_innen (Frauen 72%, Männer 69%) sind der Ansicht, dass sowohl Männer als auch Frauen einen Beitrag zum Haushaltseinkommen leisten sollten. Demgegenüber sieht etwa ein Drittel (Frauen 32%, Männer 38%) die vorrangige Verantwortung für das Haushaltseinkommen bei den Männern, während Frauen vor allem als zuständig für die Familie angesehen werden (siehe Abbildung 55).

Abbildung 55: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern und Frauen in Österreich



Quelle: ISSP 2012 (ISSP Research Group 2016)¹¹³

¹¹¹ Sonja Dörfler, Georg Wernhart 2016, S. 66

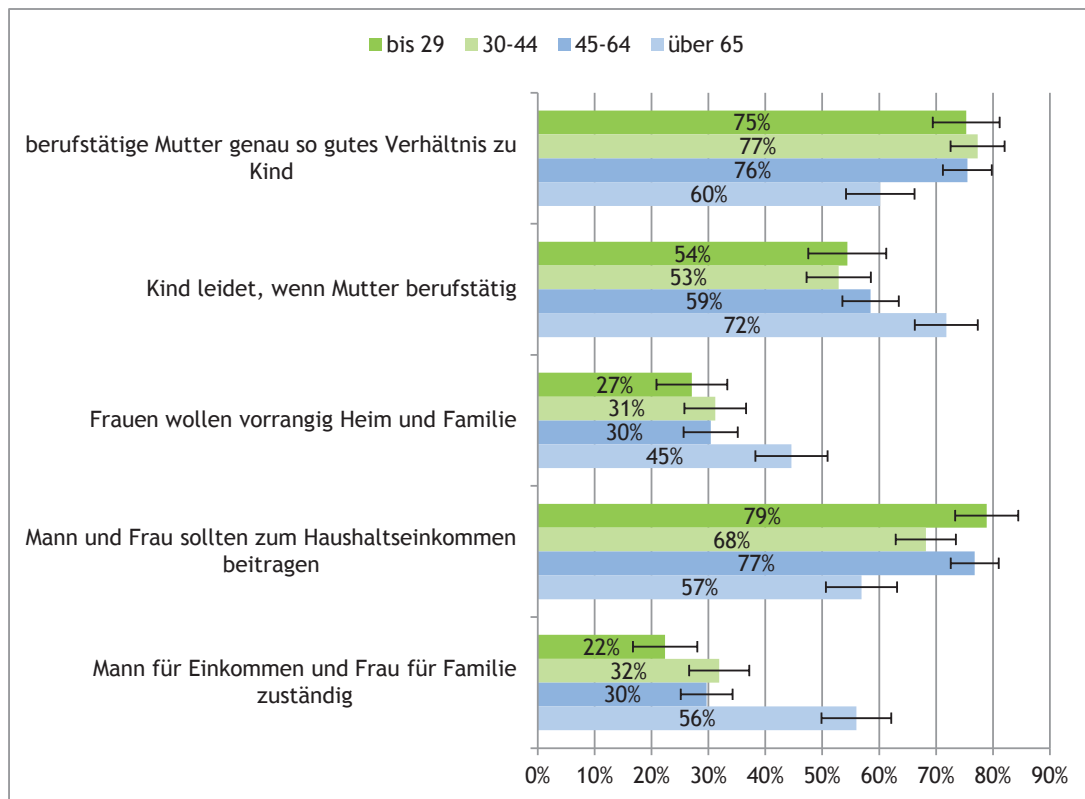
¹¹² Sonja Dörfler, Georg Wernhart 2016, S. 70

¹¹³ Fragestellungen: „Eine berufstätige Mutter kann ein genauso herzliches und vertrauensvolles Verhältnis zu ihren Kindern finden wie eine Mutter, die nicht berufstätig ist.“; „Ein Kind, das noch nicht zur Schule geht, wird wahrscheinlich darunter leiden, wenn seine Mutter berufstätig ist.“; „Einen Beruf zu haben ist ja ganz schön, aber das, was die meisten Frauen wirklich wollen, sind ein Heim und Kinder.“; „Der Mann und die Frau sollten beide zum Haushaltseinkommen beitragen.“; „Die Aufgabe des Mannes ist es, Geld zu verdienen, die der Frau, sich um Haushalt und Familie zu kümmern.“

Betrachtet man die Werthaltungen nach Altersgruppen, so zeigen sich in der älteren Generation (über 65 Jahre) nennenswerte Abweichungen von den jüngeren Alters-

gruppen. Die über 65-Jährigen vertreten traditionellere Ansichten hinsichtlich der familiären Rollenteilung (siehe Abbildung 56).

Abbildung 56: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern und Frauen nach Altersgruppen in Österreich

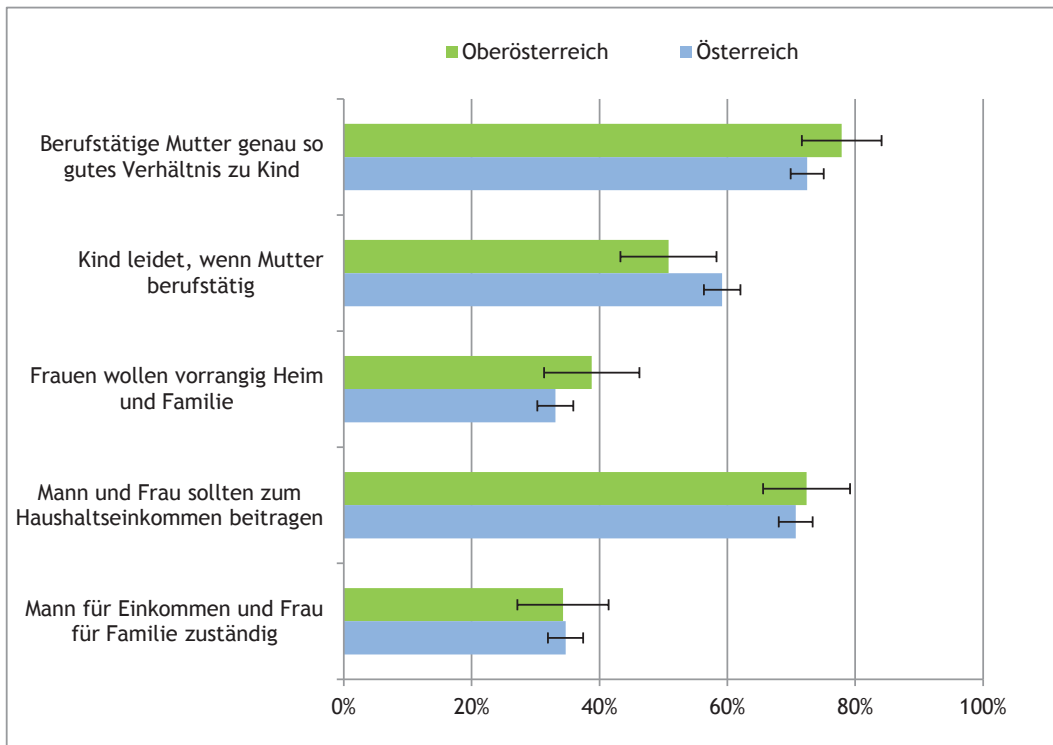


Quelle: ISSP 2012 (ISSP Research Group 2016)

Im Hinblick auf die familiäre Arbeitsteilung bezogene Werthaltung unterscheidet sich Oberösterreich nicht wesentlich vom österreichischen Bundesdurchschnitt (Abbildung 57). Im Bundesländervergleich (siehe Tabelle 1) wird in Wien in geringerem Ausmaß die Meinung vertreten, dass ein Kind unter der Berufstätigkeit der Mutter leiden könnte (50%) und dass Männer vorrangig für das Haushaltseinkommen und Frauen vorrangig für die Familie zuständig sind (25%) als im Bundesdurchschnitt. Demgegenüber sind überdurchschnittlich viele Wiener_innen der Ansicht, dass Männer und Frauen zum Haushaltseinkommen beitragen sollen (80%). Auch im Burgenland ist

die Meinung häufiger anzutreffen, dass beide Geschlechter zum Haushaltseinkommen beitragen sollten (90%). Zudem sind überdurchschnittlich viele Burgenländer_innen der Ansicht, dass eine berufstätige Mutter ein genauso gutes Verhältnis zu ihrem Kind haben kann (94%). Letzteres trifft auch auf Kärnten zu (92%). Die Ansicht, dass ein Kind unter der Berufstätigkeit der Mutter leiden könnte, wird in Niederösterreich (71%) und in der Steiermark (70%) besonders häufig geäußert. In der Steiermark ist zudem der Anteil mit der Ansicht, dass eine berufstätige Mutter ein ebenso gutes Verhältnis zu ihrem Kind haben kann wie eine nicht berufstätige Mutter, unterdurchschnittlich ausgeprägt (60%).

Abbildung 57: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern in Österreich und Oberösterreich



Quelle: ISSP 2012 (ISSP Research Group 2016); Fehlerindikator: Schwankungsbreite (Konfidenzintervall 95%)

Tabelle 1: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern und Frauen nach Bundesland

	berufstätige Mutter genau so gutes Verhältnis zu Kind	Kind leidet, wenn Mutter berufstätig	Frauen wollen vorrangig Heim und Familie	Mann und Frau sollten zum Haushaltseinkommen beitragen	Mann für Einkommen und Frau für Familie zuständig
Burgenland	94% (86%-100%)	41% (25%-57%)	22% (8%-35%)	90% (81%-100%)	29% (15%-43%)
Wien	73% (67%-79%)	50% (43%-56%)	25% (20%-31%)	80% (75%-85%)	25% (19%-30%)
Niederösterreich	70% (64%-76%)	71% (64%-77%)	30% (23%-36%)	64% (58%-71%)	33% (26%-39%)
Steiermark	60% (53%-67%)	70% (64%-77%)	34% (27%-41%)	73% (66%-79%)	43% (36%-50%)
Salzburg	83% (74%-92%)	67% (56%-78%)	38% (26%-50%)	62% (51%-74%)	42% (30%-54%)
Oberösterreich	78% (72%-84%)	51% (43%-58%)	39% (31%-46%)	72% (66%-79%)	34% (27%-41%)
Vorarlberg	66% (52%-79%)	64% (50%-77%)	40% (26%-53%)	57% (43%-71%)	47% (33%-61%)
Kärnten	92% (86%-98%)	53% (42%-64%)	40% (28%-51%)	64% (53%-75%)	40% (28%-51%)
Tirol	63% (54%-73%)	55% (45%-65%)	42% (32%-52%)	65% (56%-75%)	37% (27%-46%)
Österreich	73% (70%-75%)	59% (56%-62%)	33% (30%-36%)	71% (68%-73%)	35% (32%-37%)

Quelle: ISSP 2012 (ISSP Research Group 2016)
In Klammern: zufällige Schwankungsbreite (Konfidenzintervall 95%)

Familienbezogene Werte von Jugendlichen

Im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung ist bei Jugendlichen eine Zunahme der Bedeutung der Familie zu beobachten. Hinsichtlich des Familienbegriffs ist bei Jugendlichen eine zunehmende Pluralisierung festzustellen. Neben der traditionellen Kernfamilie werden teilweise auch entferntere Verwandte bzw. nicht Verwandte, nahestehende Personen zur Familie gezählt. Auch die Akzeptanz unterschiedlicher Familienformen steigt zusehends (eheliche und nicht eheliche Lebensgemeinschaften, Patchworkfamilie, homosexuelle Partnerschaften etc.).¹¹⁴

Bei Jugendlichen aus bildungsfernen Bevölkerungsgruppen dominiert das traditionelle Bild der Arbeitsteilung im Haushalt. Demgegenüber sehen Jugendliche aus bildungsnahen Milieus die Arbeitsteilung grundsätzlich als Verhandlungssache zwischen den Partner_innen an, die sich an die gegebene Situation (individuelle berufliche Beanspruchung, persönliche Fähigkeiten etc.) orientieren soll.¹¹⁵

3.2.3. Geschlechterrollen-Selbstkonzept

Im Rahmen von Geschlechterstereotypen werden männliche und weibliche Eigenschaften als gegensätzliche Pole wahrgenommen. Der weibliche Typus (Feminität) ist eng mit Expressivität verbunden und beinhaltet Attribute wie passiv, angepasst, nachgiebig, vorsichtig, ängstlich, harmonisierend, abhängig, emotional und wenig selbstsicher. Mit dem männlichen Stereotypen (Maskulinität) wird eher Instrumentalität verbunden (aggressiv, aktiv, rational, ehrgeizig, zielorientiert, durchsetzungsfähig, unabhängig, selbstsicher, abenteuerlustig, entscheidungsfreudig).¹¹⁶ Durch eine geschlechterspezifische Sozialisation werden die Geschlechterstereotypen internalisiert und so ein Teil Identität der Individuen (Selbstkonzept). Das Selbstkonzept ist auch für das persönliche Verhalten und Empfinden bedeutsam. Anders als das eindimensionale Geschlechtermodell stellen im Modell der „psychischen Androgynie“ Feminität und Maskulinität keine entgegengesetzte Pole eines Kontinuums dar. Männliche und weibliche Eigenschaften werden als voneinander unabhängige Dimensionen angesehen, die sich auf der Ebene der Individuen in unterschiedlichen Kombinationen manifestieren können. Personen können in unterschiedlicher Weise instrumentelle und expressive Eigenschaften in ihrer Identität integrieren, so dass

sich eine grobe Kategorisierung in androgyn (hohe instrumentelle und expressive Merkmale), maskulin (hohe Instrumentalität und geringe Expressivität), feminin (hohe Expressivität und geringe Instrumentalität) sowie indifferent (geringe Ausprägung instrumenteller und expressiver Attribute) ergibt. Das Gender-Selbstkonzept ist im Hinblick auf die Gesundheit in verschiedener Weise relevant. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass Personen mit androgynen Geschlechterrollenidentität über einen größeren Verhaltensspielraum verfügen und daher erfolgreicher agieren können und ein höheres Selbstwertgefühl aufweisen.¹¹⁷ Androgynes Selbstkonzept ist auch mit geringerem Risiko für Depression assoziiert.¹¹⁸ Eine instrumentelle Orientierung hat positive Effekte auf das Problemlösungsverhalten, wirkt sich positiv auf die Stressbewältigung aus und geht mit geringerer Ängstlichkeit und Depression einher.¹¹⁹ Das Gender-Selbstkonzept spielt auch im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine Rolle. Unabhängig vom Geschlecht und anderen Faktoren (Sozialstatus, Verhalten etc.) geht ein instrumentelles/maskulines Selbstkonzept mit einem höheren körperlichen Wohlbefinden einher. Im Hinblick auf das psychische, soziale und umweltbezogene Wohlbefinden ist sowohl das instrumentell/maskuline als auch das expressiv/feminine Selbstkonzept als positiver Einflussfaktor relevant.¹²⁰

In der IGP-Umfrage 2007 wurde das Gender-Selbstkonzept erhoben.¹²¹ Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf dieser Erhebung, da keine neueren repräsentativen Daten für Oberösterreich bzw. für Österreich verfügbar sind.

Ein vorwiegend maskulines Selbstbild (hohe Instrumentalität und geringe Expressivität) weisen 43 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen auf. Demgegenüber sind 5 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen als vorwiegend feminin (hohe Expressivität und geringe Instrumentalität) einzustufen. Sowohl instrumentelle als auch expressive Charakteristiken (androgyn) vereinen 24 Prozent der Männer und 33 Prozent der Frauen in ihrem Selbstbild. Ein indifferentes Selbstbild (geringe Instrumentalität und geringe Expressivität) ist bei 28 Prozent der Männer und bei 26 Prozent der Frauen vorzufinden.

¹¹⁴ Heinzlmaier und Ikrath 2012, S. 32

¹¹⁵ Heinzlmaier und Ikrath 2012, S. 36

¹¹⁶ Schwartz 2012, S. 128

¹¹⁷ Schwartz 2012, S. 128

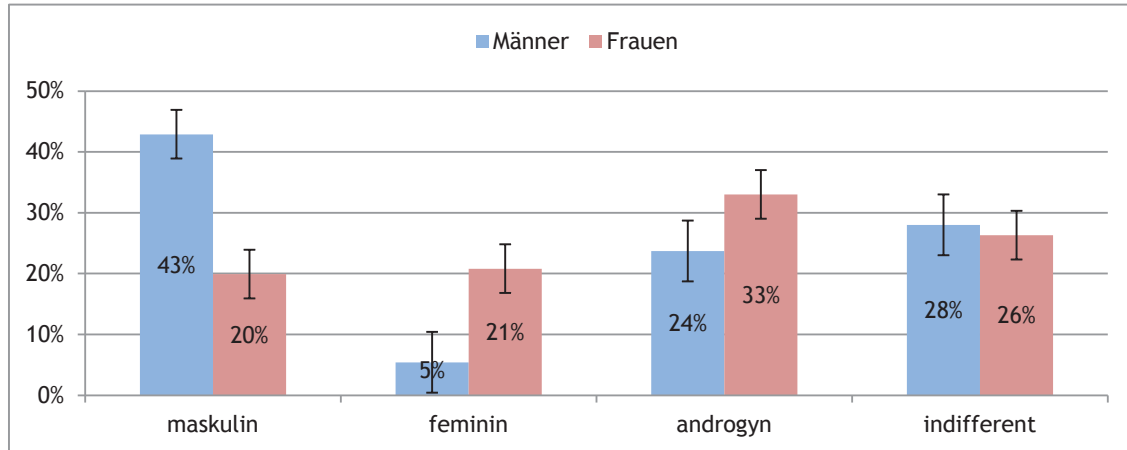
¹¹⁸ Vafaei et al. 2016

¹¹⁹ Schwartz 2012, S. 128

¹²⁰ Reif 2012

¹²¹ Als Messinstrument wurde der German Extended Personal Attributes Questionnaire (GEPAQ), ein Fragebogen zur Erfassung des Selbstbildes zur berichteten Maskulinität und Feminität, verwendet

Abbildung 58: Gender-Selbstkonzept nach Geschlecht in Oberösterreich

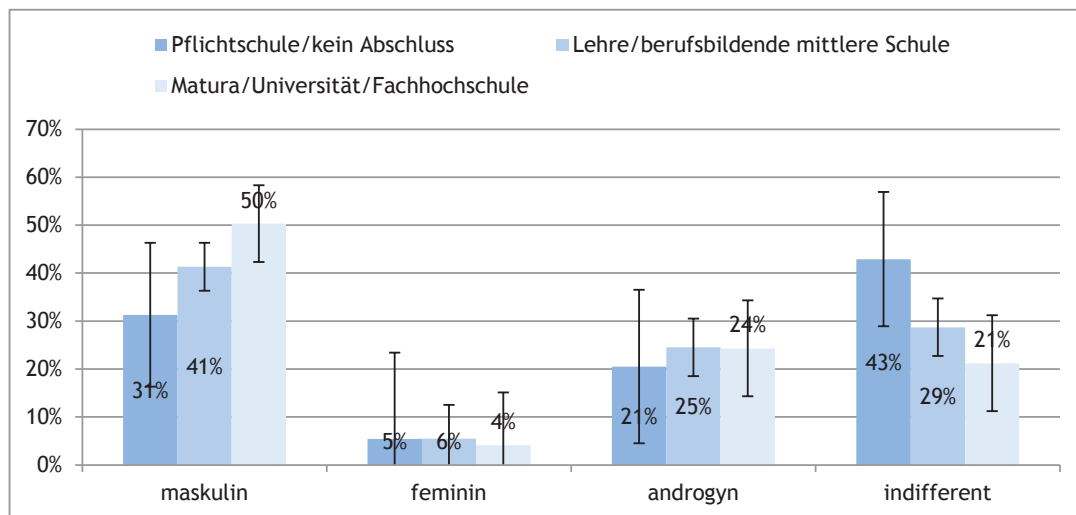


Quelle: IGP-Umfrage 2007, nur Versicherte der OÖGKK zwischen 18 und 70 Jahren (IGP-Berechnungen)

Bei Männern nimmt mit steigendem Bildungsgrad der Anteil mit maskulinem Selbstbild tendenziell zu. Demgegenüber sinkt der Anteil mit indifferentem Selbstkonzept.

Der Anteil mit androgynem bzw. femininem Selbstbild ist in den Bildungsgruppen ungefähr gleich groß.

Abbildung 59: Gender-Selbstkonzept nach Bildungsgrad - Männer in Oberösterreich

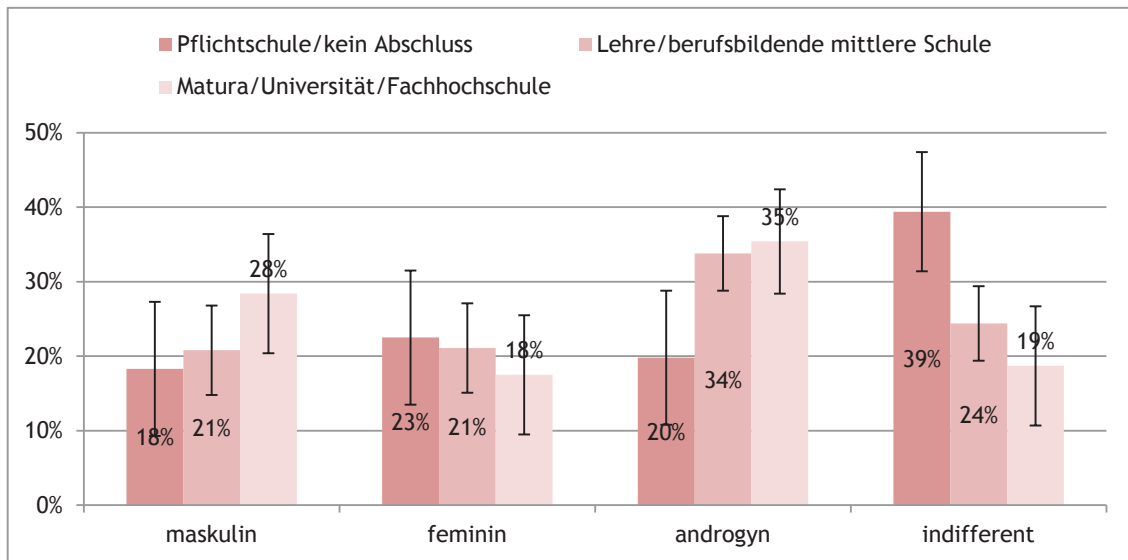


Quelle: IGP-Umfrage 2007, nur Versicherte der OÖGKK zwischen 18 und 70 Jahren (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr zufrieden oder zufrieden (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Ähnlich wie bei den Männern sinkt auch bei den Frauen der Anteil mit indifferentem Selbstbild mit steigendem

Bildungsgrad. Dies ist jedoch vor allem durch eine Zunahme des Anteils mit androgynem Selbstkonzept bedingt (siehe Abbildung 60).

Abbildung 60: Gender-Selbstkonzept nach Bildungsgrad - Frauen in Oberösterreich

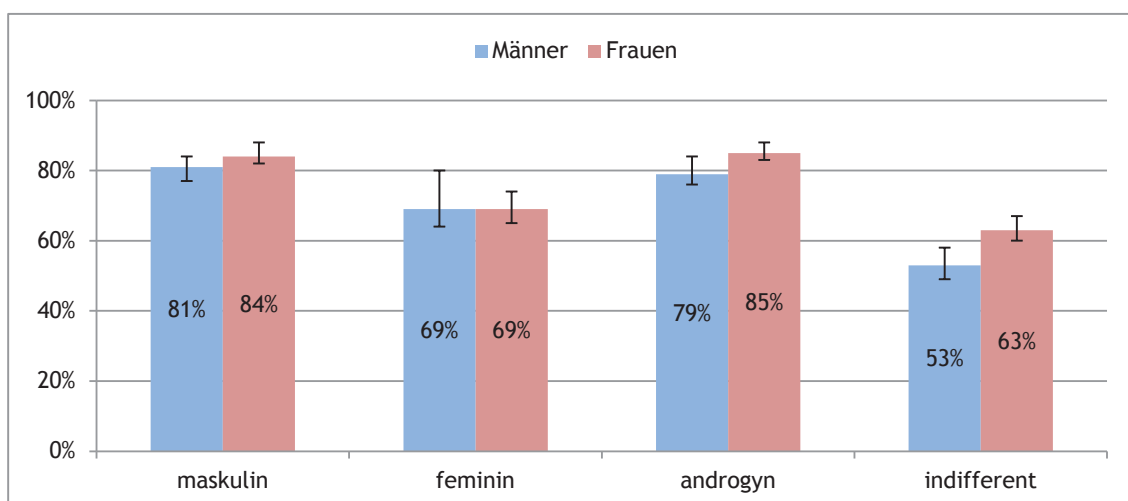


Quelle: IGP-Umfrage 2007, nur Versicherte der OÖGKK zwischen 18 und 70 Jahren (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr zufrieden oder zufrieden (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen weisen die Gruppen mit androgynem und maskulinem Selbstkonzept einen höheren Anteil mit sehr guter oder guter allgemeiner Lebensqualität auf. Etwas geringer ist der Anteil in der

Gruppe mit femininem Selbstbild. Deutlich ungünstiger wird die allgemeine Lebensqualität bei den Männern und Frauen mit indifferentem Selbstkonzept beurteilt.

Abbildung 61: Gender-Selbstkonzept und allgemeine Lebensqualität in Oberösterreich

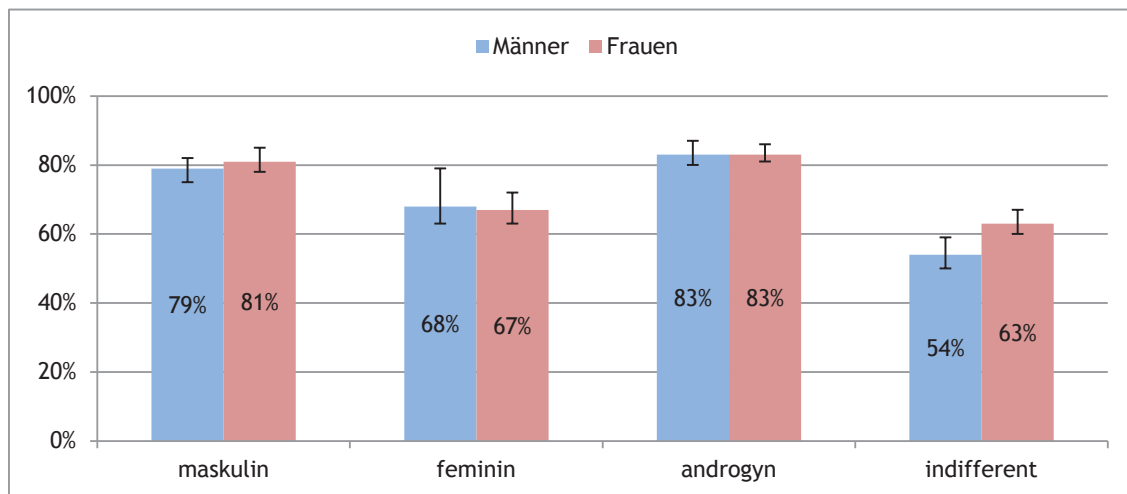


Quelle: IGP-Umfrage 2007, nur Versicherte der OÖGKK zwischen 18 und 70 Jahren (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr guter oder guter Lebensqualität (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Personen mit androgynem und maskulinem Selbstkonzept sind zu einem deutlich höheren Anteil mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden als Personen mit indifferentem Selbstbild. Personen mit femininem Selbstbild liegen

diesbezüglich im Mittelfeld. Zwischen Männern und Frauen ist diesbezüglich kein wesentlicher Unterschied zu beobachten.

Abbildung 62: Gender-Selbstkonzept und Zufriedenheit mit der Gesundheit in Oberösterreich



Quelle: IGP-Umfrage 2007, nur Versicherte der OÖGKK zwischen 18 und 70 Jahren (IGP-Berechnungen). Anteil mit sehr zufrieden oder zufrieden (standardisiert auf Europastandardbevölkerung, WHO 1976)

Factbox

- Die sozialen Geschlechterbeziehungen bzw. die geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen können sich in verschiedener Weise auf die Gesundheit auswirken. Einerseits kann die unterschiedliche Sozialisation von Männern und Frauen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen in unterschiedlicher Weise prägen (z.B. Risiko- und Gesundheitsverhalten, Hygiene etc.). Andererseits sind Männer und Frauen, bedingt durch die gesellschaftliche Aufgaben- und Arbeitsteilung in unterschiedlichem Ausmaß verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt (z.B. Ansteckungsgefahr bei Pflegekräften, Unfallgefahr bei manuellen Tätigkeiten etc.).
- Vier verschiedene familien- und sozialpolitische Modelle lassen sich unterscheiden: das Betreuungsmodell (Förderung von Kinderbetreuungsaufgaben von Müttern), das Ernährerin-Modell (betont die Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen ohne Unterstützung der Familienarbeit), das Wahlfreiheitsmodell (unterstützt Kinderbetreuung und setzt Anreize für die Teilnahme am Arbeitsmarkt) und das Gleichstellungsmodell (sucht Balance zwischen Erwerbsarbeit und Fürsorgepflichten).

- In Österreich geben 74 Prozent der Frauen und 56 Prozent der Männer an, dass Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen sehr oder ziemlich weit verbreitet sind. Die größten Probleme werden bei der unterschiedlichen Entlohnung (Frauen 64%, Männer 52%), Gewalt gegen Frauen (Frauen 49%, Männer 45%) und der geringeren Rente von Frauen (Frauen 43%, Männer 32%) gesehen.
- Etwa sieben von zehn Österreicher_innen (Frauen 72%, Männer 69%) sind der Ansicht, dass sowohl Männer als auch Frauen einen Beitrag zum Haushaltseinkommen leisten sollten. Demgegenüber sieht etwa ein Drittel (Frauen 32%, Männer 38%) die vorrangige Verantwortung für das Haushaltseinkommen bei den Männern.

3.3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Geschlechtsspezifische Zuschreibungen haben einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Geschlechterbilder sind historisch bedingt und waren in den letzten Jahrhunderten einem beträchtlichen Wandel unterzogen.¹²²

Über lange Zeit wurde Frauen eine besondere Vulnerabilität und schlechtere gesundheitliche Konstitution zugeschrieben (das „schwache Geschlecht“). Zudem waren Frauen, nicht zuletzt aufgrund ihrer Rolle in der Reproduktion (Schwangerschaft, Geburt etc.), einer stärkeren Medikalisierung ausgesetzt. Die familiäre Rolle (Haushalt, Kindererziehung) bewirkte auch, dass sich Maßnahmen gesundheitlicher Aufklärung und Hygiene vorrangig an Frauen richteten und diese Aspekte in die Frauenrolle integriert wurden. Demgegenüber wurde Männern ein distanzierteres Verhältnis zum eigenen Körper (instrumentelles Körperbewusstsein), besondere Unempfindlichkeit und höhere Schmerztoleranz („Härte“) etc. zugeschrieben. Als historische Hintergründe können z.B. die Anforderungen in der Industriearbeit (entfremdete, fremdbestimmte Arbeitsvollzüge) oder die Rolle im Krieg (aufkommende Wehrpflicht im 19. Jh. etc.) angeführt werden.¹²³

In aktuellen Diskursen und Medienberichten wird Männern typischerweise, im Gegensatz zu Frauen, geringeres Gesundheitsbewusstsein, geringe Nutzung von Vorsorgeangeboten und ungesunde Lebensweise attestiert. Dies sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Gesundheit auch für Männer zunehmend an Bedeutung gewinnt und das Gesundheitsverhalten einem entsprechenden Wandel unterliegt.¹²⁴ Auch wenn sich hinsichtlich verschiedener Aspekte des Gesundheitsverhaltens Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten lassen, reichen diese im Allgemeinen nicht aus um stereotype Zuschreibungen zu rechtfertigen. Beispielsweise lassen sich hinsichtlich der Gesundheitskompetenz nur unbedeutende Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten.¹²⁵

Das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen ist nicht allein als Folge individueller Entscheidungen anzusehen. Die sozialen Lebensbedingungen und die allgemeine Lebenssituation haben einen erheblichen Einfluss auf die Verbreitung von gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen. Beispielsweise ist der Raucher_innenanteil sowohl bei Männern als auch bei Frauen in der Bevölkerungsgruppe mit geringem Haushaltseinkommen deutlich höher als in Haushalten mit höherem Einkommen.¹²⁶ Ähnliche Unterschiede lassen sich nach dem Bildungsgrad beobachten.¹²⁷

¹²² Dinges 2016, S. 927

¹²³ Dinges 2016, S. 926

¹²⁴ Dinges 2016, S. 926

¹²⁵ Pelikan et al. 2013, S. 56

¹²⁶ Klimont et al. 2016, S. 41

¹²⁷ Klimont et al. 2016, S. 64

3.3.1. Körperliche Aktivität

Regelmäßige Bewegung hat viele positive Auswirkungen auf die Gesundheit. Sie dient zur Prävention von Stoffwechselkrankheiten, trägt zu einer verbesserten Immunabwehr bei und kann präventiv gegen manche Krebskrankungen helfen. Außerdem unterstützt regelmäßige Bewegung die Funktionserhaltung des Bewegungsapparats, hat positive Effekte auf die Psyche und trägt insgesamt zur Verhütung frühzeitiger Todesfälle bei. Körperlich aktive Personen fühlen sich physisch und psychisch gesünder und nehmen in geringerem Ausmaß medizinische Versorgungsleistungen in Anspruch (weniger Arztbesuche, weniger Krankenhausaufenthalte und kürzere Aufenthaltsdauer im Krankenhaus). Auch die Krankenstände sind weniger häufig.¹²⁸

Regelmäßige körperliche Betätigung gilt als Schutzfaktor im Hinblick auf Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Osteoporose sowie Darm- und Brustkrebs. Zudem wirkt sich Bewegung positiv auf die Denkleistung aus. Körperlich Aktive haben auch ein geringeres Risiko für degenerative Hirnerkrankungen (wie z.B. Morbus Alzheimer).¹²⁹ Körperliche Bewegung wirkt entzündungshemmend, verbessert die Insulinsensitivität (verringert Insulinresistenz der Körperzellen), reduziert die Arteriosklerose, wirkt sich positiv auf das Nervensystem aus (verringert das Risiko für neurodegenerative Erkrankungen) und hemmt die Entstehung von Tumoren.¹³⁰

Auch für den gesundheitlichen Nutzen von Alltagsbewegung sind Belege zu finden. Beispielsweise kommt eine Metaanalyse zur gesundheitsfördernden Wirkung der Fahrradnutzung als Transportmittel zu folgendem Ergebnis: Fahrradfahren im Alltag senkt die Gesamt mortalität sowie die Krebssterblichkeit bei Erwachsenen und älteren Personen. Für Kinder wurde eine positive Auswirkung auf die kardiorespiratorische Fitness belegt. Bei Personen im erwerbsfähigen Alter konnte die positive Auswirkung des Radfahrens auf die Herz-Kreislaufleistung sowie eine Verringerung von kardiovaskulären Risikofaktoren festgestellt werden.¹³¹

Aus gesundheitsförderlicher Sicht sollte Bewegungsverhalten möglichst weit gefasst werden, um verschiedenste Arten körperlicher Aktivität einzubeziehen und die Vernetzung mit Sektoren außerhalb des Gesundheits-, Sport- und Freizeitbereiches (z.B. Verkehr, Umwelt) zu ermöglichen. Dies eröffnet aber auch auf individueller Ebene eine Vielzahl an Aktivitäten, die als gesundheitsförderliche Bewegung in Betracht kommen: Gehen, Radfahren, Tanzen, Spielen, Sport, Arbeit, Freizeitunternehmungen, Fitnessübungen.¹³²

¹²⁸ Bundesamt für Sport BASPO 2013, S. 5

¹²⁹ Bundesamt für Sport BASPO 2013, S. 5

¹³⁰ Völker 2012, S. 28

¹³¹ Oja et al. 2010, S. 6

¹³² Cavill et al. 2010, S. 28

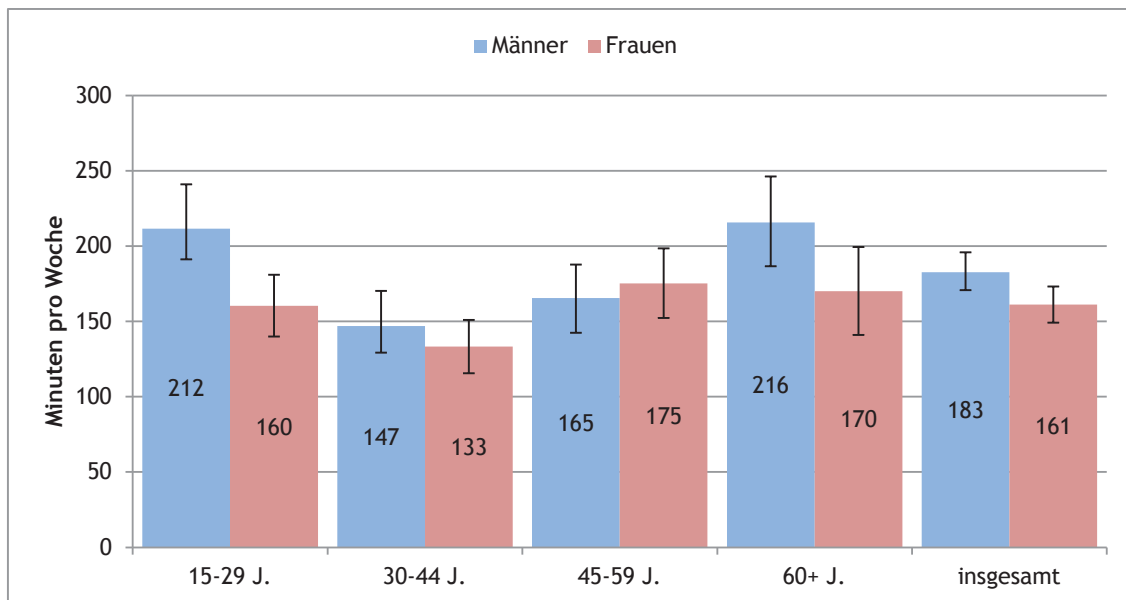
Im Vergleich zu Frauen geben Männer häufiger an, dass sie sich sportlich betätigen, vor allem in der jüngeren Bevölkerung. Mit zunehmendem Alter nimmt das Ausmaß sportlicher Aktivität ab. Hinsichtlich Sport und körperlichem Training zeigen sich deutliche Unterschiede nach Bildungsgrad, materieller Absicherung und Haushaltsgröße. Personen mit geringerem Bildungsgrad betreiben seltener Sport als Personen mit höherem Bildungsgrad. Das Niveau sportlicher Betätigung liegt bei Personen mit finanziellen Problemen deutlich unter dem Bevölkerungsdurchschnitt.¹³³

Alltagsbewegung ist - im Gegensatz zu sportlicher Betätigung - unter Frauen und Männern in etwa gleich verbreitet. Zwar ist die Häufigkeit von Alltagsbewegung unter 15- bis 24-Jährigen und über 70-Jährigen bei Männern etwas höher als bei Frauen. Allerdings bewegen sich Frauen in der Altersgruppe zwischen 40 und 54 Jahren häufiger im Alltag, als dies gleichaltrige Männer tun. Körperliche Aktivität im Alltag nimmt mit zunehmendem Alter ab. Im Gegensatz zu sportlicher Betätigung nimmt die Häufigkeit von Alltagsbewegung mit steigendem Bildungsgrad ab. Zudem steigt die Häufigkeit von Alltagsbewegung mit zunehmender Haushaltsgröße. Ein-Personenhaushalte weisen die geringste Aktivitätshäufigkeit im Alltag auf.¹³⁴

Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit

Insgesamt unterscheiden sich oberösterreichische Männer und Frauen nur geringfügig hinsichtlich der Zeit, die für gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit aufgewendet wird (z.B. Sport, Fitness, körperlich aktive Freizeitaktivitäten etc.). Männer wenden dafür im Durchschnitt etwas mehr Zeit auf (183 Minuten pro Woche) als Frauen (161 Minuten.). Am stärksten ist der Geschlechterunterschied unter den jüngeren Männern und Frauen ausgeprägt (15- bis 29-Jährige: Männer 212 Minuten, Frauen 160 Minuten). Auch unter den Senior_innen über 60 Jahren liegt der Durchschnitt der Männer etwas höher (216 Minuten pro Woche) als bei Frauen (170 Minuten). In den mittleren Altersgruppen ist kein wesentlicher Geschlechterunterschied zu beobachten.

Abbildung 63: Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



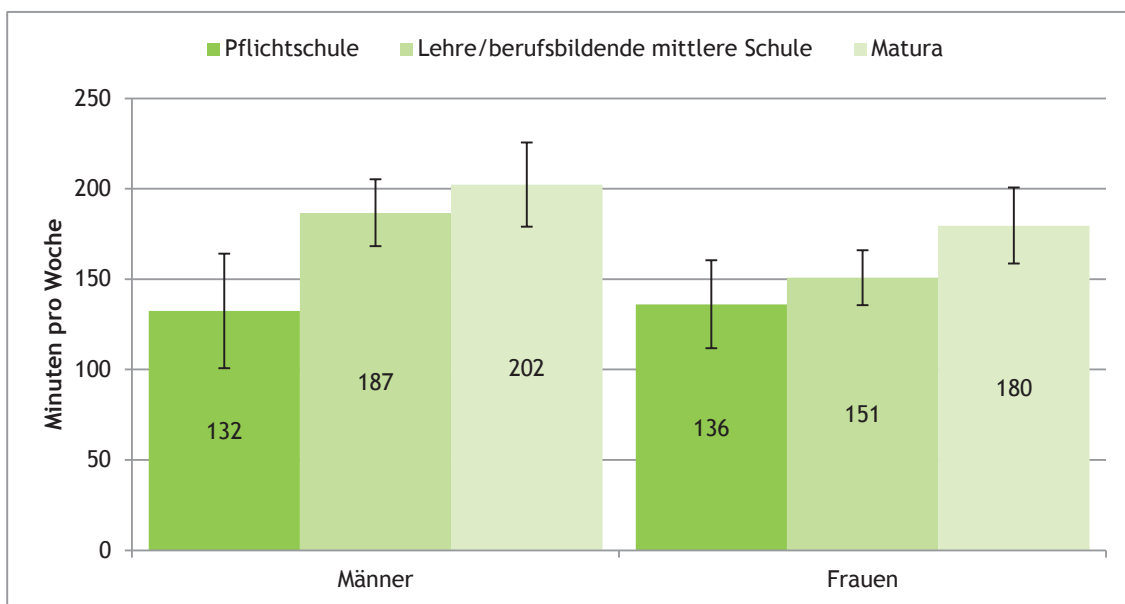
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

¹³³ Hougron 2010, S. 9-12
¹³⁴ Hougron 2010, S. 17

Im Hinblick auf die gesundheitsförderliche körperliche Betätigung zeigen sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutliche Unterschiede zwischen Personen mit höherem und niedrigerem Bildungsabschluss. Männer mit höherer Bildung sind pro Woche durchschnittlich 202 Minuten körperlich aktiv, Männer mit Pflichtschulabschluss

nur 132 Minuten. Bei den Frauen mit höherem Abschluss beträgt der Durchschnitt 180 Minuten und bei Frauen mit Pflichtschulabschluss 136 Minuten.

Abbildung 64: Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit nach Bildungsgrad und Geschlecht in Oberösterreich



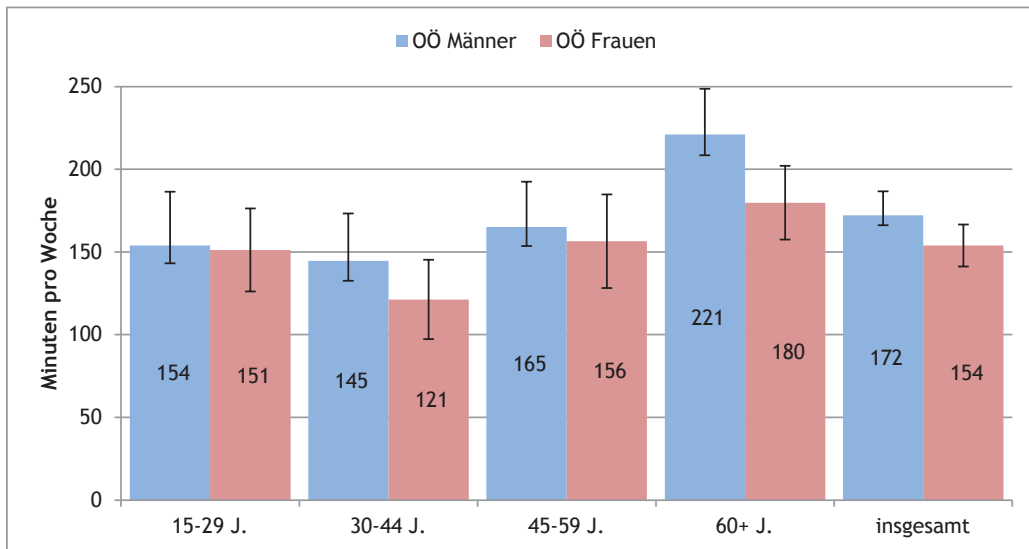
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (standardisiert auf WHO Europa-Standardbevölkerung 1976); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Transportbezogene körperliche Aktivität

Hinsichtlich der zu Fuß zurückgelegten Wege unterscheiden sich Männer und Frauen in Oberösterreich nur geringfügig. Im Durchschnitt wenden Männer 172 Minuten

pro Woche auf, um längere Wegstrecken (mindestens 10 Minuten) zu Fuß zurückzulegen. Frauen wenden dafür durchschnittlich 154 Minuten pro Woche auf.

Abbildung 65: Zurücklegen von Wegen zu Fuß nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich

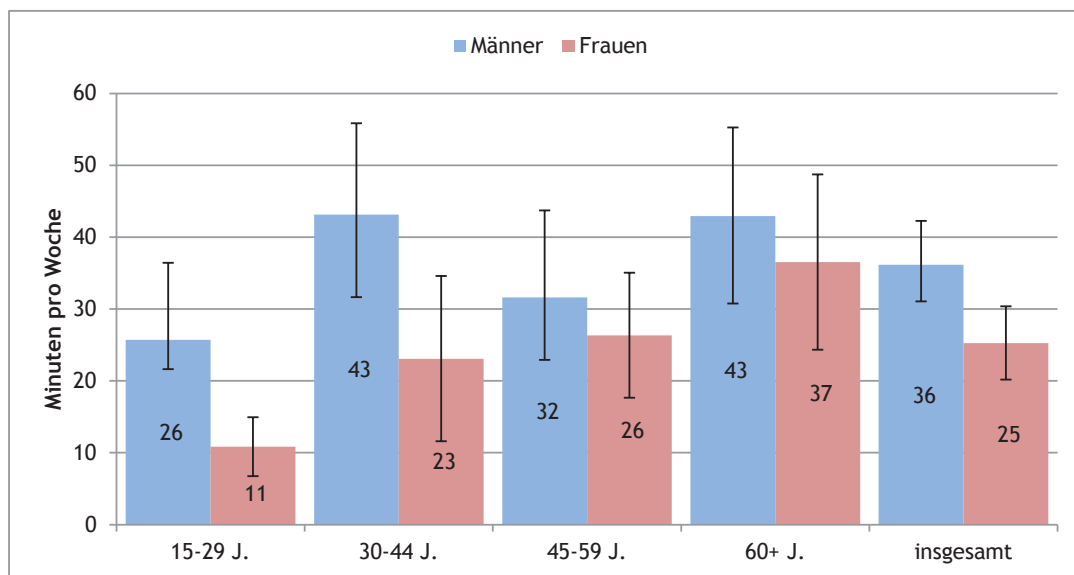


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Im Hinblick auf die mit dem Fahrrad zurückgelegten Wege sind Männer etwas aktiver (durchschnittlich 36 Minuten pro Woche) als Frauen (25 Minuten). Am stärksten unter-

scheiden sich Männer und Frauen in den jüngeren Altersgruppen (zwischen 15 und 44 Jahren).

Abbildung 66: Zurücklegen von Wegen mit dem Fahrrad nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



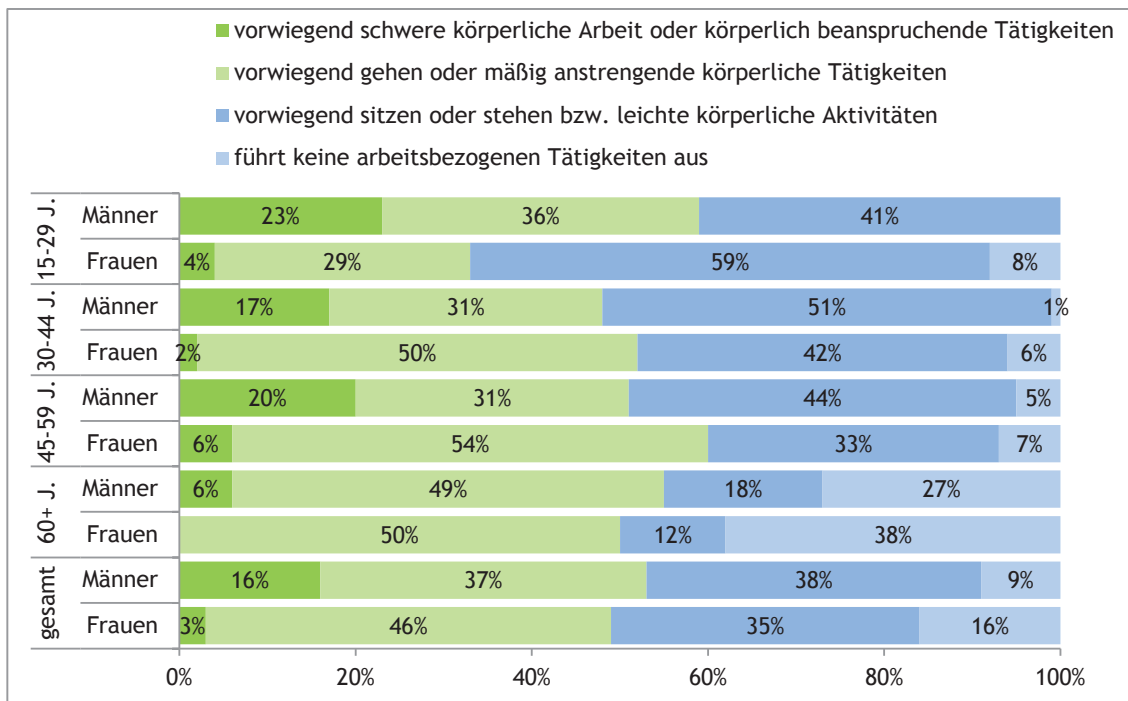
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Arbeitsbezogene körperliche Aktivität

Für die nachfolgende Betrachtung wird unter arbeitsbezogener körperlicher Aktivität nicht nur die körperliche Betätigung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit verstanden, sondern auch die Bewegungsabläufe im Zusammenhang mit unbezahlter Arbeit (wie z.B. Hausarbeit, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen etc.).¹³⁵

Entsprechend der geschlechtsspezifischen Rollenaufteilung führen Frauen im Rahmen von Arbeitsvollzügen seltener schwere körperliche Tätigkeiten aus (3%). Aber auch unter Männern nimmt der Anteil mit schwerer körperlicher Tätigkeit nur eine kleine Minderheit ein (16%). Sowohl bei Männern als auch bei Frauen stehen vor allem gehen bzw. mäßig anstrengende Tätigkeiten (Frauen 46%, Männer 37%) und Tätigkeiten mit geringer körperlicher Aktivität (stehen, sitzen etc.) im Vordergrund (siehe Abbildung 67).

Abbildung 67: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren

Insgesamt zeigen sich vor allem bezüglich der arbeitsbezogenen körperlichen Aktivität Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer verrichten häufiger schwere körperliche Arbeiten, was auch mit der geschlechtsbezogenen Stratifizierung des Arbeitsmarktes zusammenhängt. Im Hinblick auf die transportbezogene körperliche Betätigung sind nur geringe Unterschiede festzustellen.

Auch bezüglich der gesundheitsförderlichen körperlichen Aktivität in der Freizeit sind die Geschlechterunterschiede nur gering ausgeprägt. Weitaus deutlicher unterschieden sich diesbezüglich Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen weisen Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status ein ungünstigeres Bewegungsverhalten auf als solche mit höherem.

¹³⁵ Klimont und Baldaszti 2015, S. 35

3.3.2. Ernährungsgewohnheiten

Gesunde Ernährung ist im alltäglichen Leben ein verbreitetes Thema und stellt auch im Hinblick auf die Prävention verschiedener Erkrankungen (Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauferkrankungen etc.) einen wichtigen Ansatzpunkt dar.¹³⁶ „Die uns konstituierenden Diskurse machen Essen und Trinken, ohne Gedanken an ‚gesund‘ und ‚ungesund‘, unmöglich.“¹³⁷

Im Hinblick auf die Gesundheit stehen dabei naturwissenschaftliche bzw. biologische Aspekte (z.B. Nährwert, Schadstoffbelastung etc.) im Vordergrund, obwohl soziale und kulturelle Aspekte das Ernährungsverhalten wesentlich beeinflussen. Sowohl im Hinblick auf die historische Entwicklung als auch hinsichtlich unterschiedlicher Gesellschaftsmilieus variieren die Vorstellungen, was unter gesunder Ernährung verstanden wird.¹³⁸

Auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Konstruktion von Geschlecht spielt Ernährung eine gewisse Rolle. Einerseits existieren kulturell geprägte Vorstellungen, die den Geschlechtern unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten zuschreiben. Andererseits werden als typisch männlich bzw. weiblich konnotierte Ernährungsweisen (bewusst oder unbewusst) zur Darstellung der eigenen Geschlechteridentität im sozialen Raum genutzt.¹³⁹

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Ernährungsverhalten sind bei Kindern noch wenig ausgeprägt und bilden sich meist erst nach der Pubertät aus. Mädchen achten eher auf kalorienarme und gesunde Nahrungsmittel und

essen häufiger Obst und Gemüse als Knaben. Demgegenüber neigen Jungen eher zu fettreichen und zuckerhaltigen Speisen sowie zu Fleisch- und Wurstwaren bzw. zu Eiern.¹⁴⁰

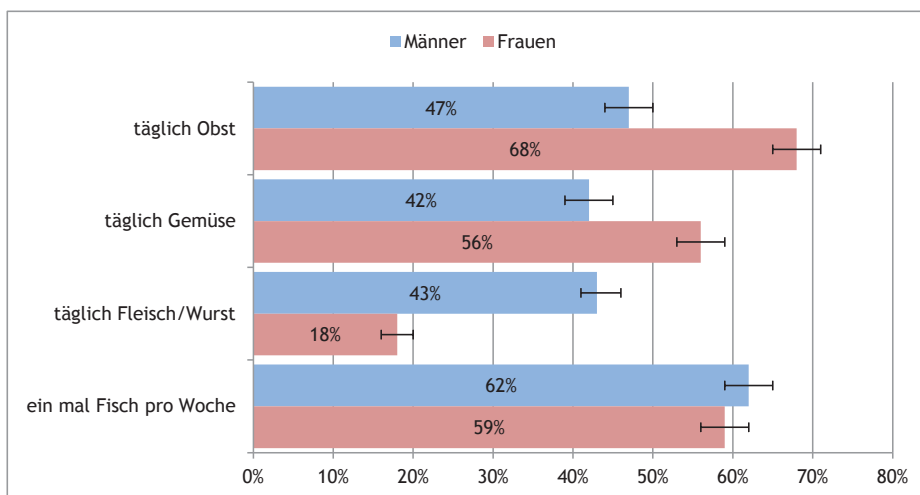
Ähnliche Tendenzen im Hinblick auf das Essverhalten zeigen sich auch im Erwachsenenalter. Für Frauen spielt im Hinblick auf das Essverhalten die Gewichtskontrolle bzw. die Orientierung am Schlankheitsideal häufiger eine Rolle als für Männer. Aber auch Gesundheitsaspekte sind für Frauen von größerer Bedeutung.¹⁴¹

Frauen essen häufiger Obst und Gemüse als Männer. Mehr als zwei Drittel der oberösterreichischen Frauen (68%) und weniger als die Hälfte der oberösterreichischen Männer (47%) geben an, dass sie täglich Obst konsumieren. 56 Prozent der Frauen und 42 Prozent der Männer verzehren täglich Gemüse.

Demgegenüber verspeisen Männer häufiger Fleisch bzw. Wurstwaren als Frauen. Der Anteil der Männer mit täglichem Fleischkonsum liegt bei 43 Prozent, jener der Frauen bei 18 Prozent.

Hinsichtlich des Fischkonsums unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig. 59 Prozent der oberösterreichischen Frauen und 62 Prozent der oberösterreichischen Männer essen mindestens einmal pro Woche Fisch.

Abbildung 68: Ernährungsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

¹³⁶ Schritt et al. 2011, S. 11-16
¹³⁷ Schritt et al. 2011, S. 50
¹³⁸ Schritt et al. 2011, S. 51-52
¹³⁹ Schritt et al. 2011, S. 120

¹⁴⁰ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 166
¹⁴¹ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 166

Abschließend kann festgehalten werden, dass sich hinsichtlich des Ernährungsverhaltens teilweise Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten lassen, was auch mit geschlechtsspezifischen Stereotypierungen zusammenhängen dürfte.

3.3.3. Tabakkonsum

Das Thema Tabakkonsum umfasst verschiedene Aspekte, die auch mit den unterschiedlichen Lebenshintergründen von Männern und Frauen zusammenhängen. Zudem stellen die unterschiedlichen Lebensbedingungen verschiedener Bevölkerungsgruppen bzw. der sozioökonomische Status eine Rolle.

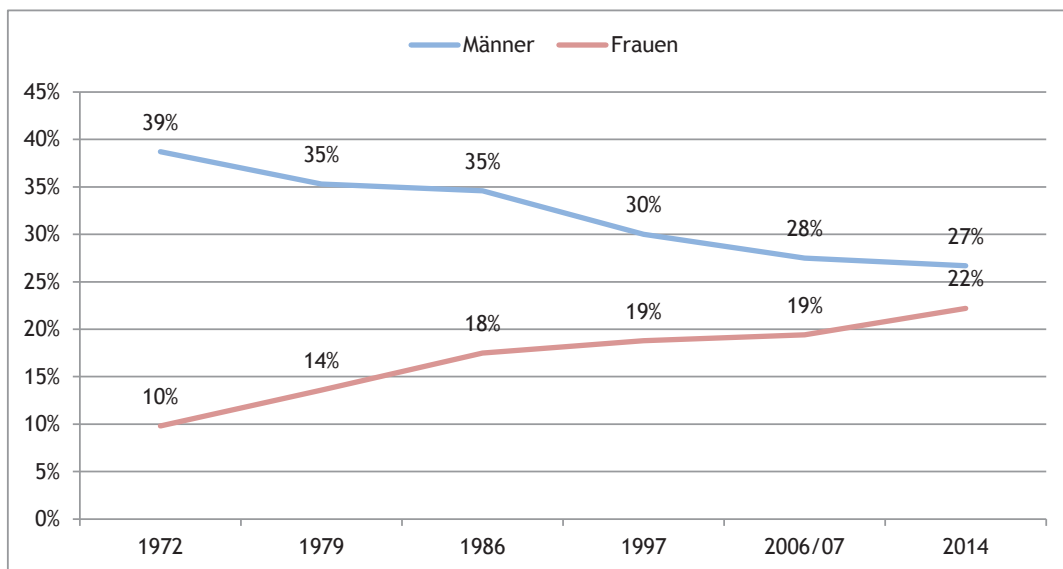
Tabakrauch galt lange Zeit als Männerdomäne und ist daher eng mit dem traditionellen Männerbild verknüpft. Ab den 1960er Jahren wurde das Tabakrauchen zunehmend bei Frauen beliebter. Im Zuge der emanzipatorischen Bewegung wurde das Rauchen auch als ein Zeichen der Gleichberechtigung angesehen. Der steigende Nikotinkonsum bei Frauen wurde u.a. auch durch die stärkere Verbreitung von Filterzigaretten begünstigt.¹⁴² In den letzten Jahrzehnten zeichnet sich bevölkerungsweit ein deutlicher Wandel im Rauchverhalten ab. Durch ein deutliches Absinken der Raucherquote bei Männern und die Zunahme des Anteils der rauchenden Frauen gleicht sich die Prävalenz unter Männern und Frauen zusehends an.¹⁴³

Es gibt verschiedene Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Rauchverhalten. Im Durchschnitt rauchen Männer mehr und stärkere Zigaretten, wohingegen Frauen eher zu leichteren Zigaretten neigen. Dies könnte auch damit zusammenhängen, dass nikotinärmere Zigaretten für weniger gefährlich angesehen werden.¹⁴⁴

Es gibt Hinweise darauf, dass es Frauen aus verschiedenen Gründen schwerer fällt, das Rauchen aufzugeben als Männern. Rauchende Frauen nehmen auch in geringerem Umfang Rauchentwöhnungsangebote in Anspruch.¹⁴⁵

Im Hinblick auf den Tabakkonsum haben sich Frauen und Männer in den letzten Jahrzehnten stark angenähert. Zu Beginn der 1970er Jahre war in Österreich das Rauchen von Tabakwaren noch eine Männerdomäne (39% der Männer rauchten täglich). Nur jede zehnte Frau (10%) rauchte täglich. Im Zeitraum bis 2014 ist der Anteil der Männer auf 27 Prozent gesunken und der Anteil der Frauen auf 22 Prozent gestiegen.

Abbildung 69: Entwicklung des Anteils täglicher Raucher und Raucherinnen in Österreich



Quelle: Statistik Austria (Klimont und Baldaszi 2015, S. 42); Anteil der täglich Rauchenden: österreichische Bevölkerung ab 16 Jahren

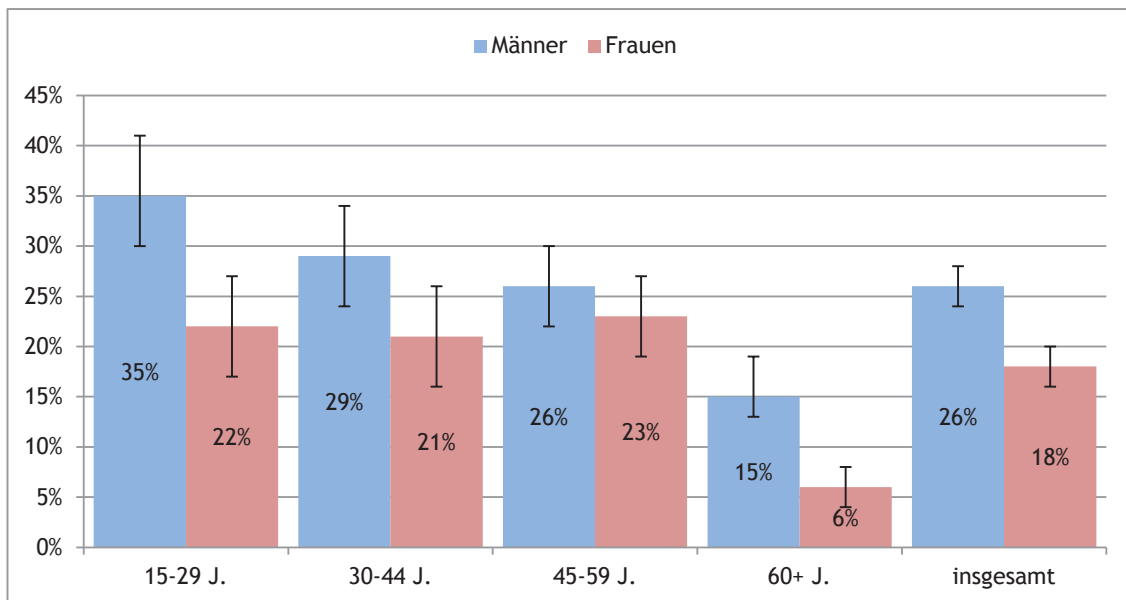
¹⁴² Baumgartner 2009, S. 140
¹⁴³ Dinges 2016, S. 928

¹⁴⁴ Kastner 2012, S. 19
¹⁴⁵ Kastner 2012, S. 19

Besondere Risikogruppen im Hinblick auf tägliches Rauchen bei Frauen stellen in Österreich pensionierte Frauen mit Migrationshintergrund (ehemaliges Jugoslawien bzw. Türkei) sowie pensionierte Frauen mit Pflichtschulbildung bzw. Lehrabschluss dar. Aber auch nicht pensionierte Frauen mit maximal Pflichtschulabschluss bzw. Lehrabschluss rauchen häufiger als Frauen mit höherer Bildung. Auch bei österreichischen Männern ist ein geringerer Bildungsabschluss mit einem erhöhten Risiko für tägliches Rauchen verbunden.¹⁴⁶

In Oberösterreich rauchen 26 Prozent der Männer und 18 Prozent der Frauen täglich. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Männer, die täglich rauchen, stetig ab (von 35% in der Altersgruppe 15 bis 29 Jahre auf 15 Prozent bei über 60-jährigen Männern). Demgegenüber ist bei Frauen der Anteil in den Altersgruppen zwischen 15 und 59 Jahren relativ konstant (21%-23%). Erst in der Gruppe der über 60-jährigen Frauen nimmt der Anteil der täglichen Rauchenden deutlich ab (auf 6%).

Abbildung 70: Tabakkonsum nach Alter und Geschlecht (tägliche Raucher_innen) in Oberösterreich



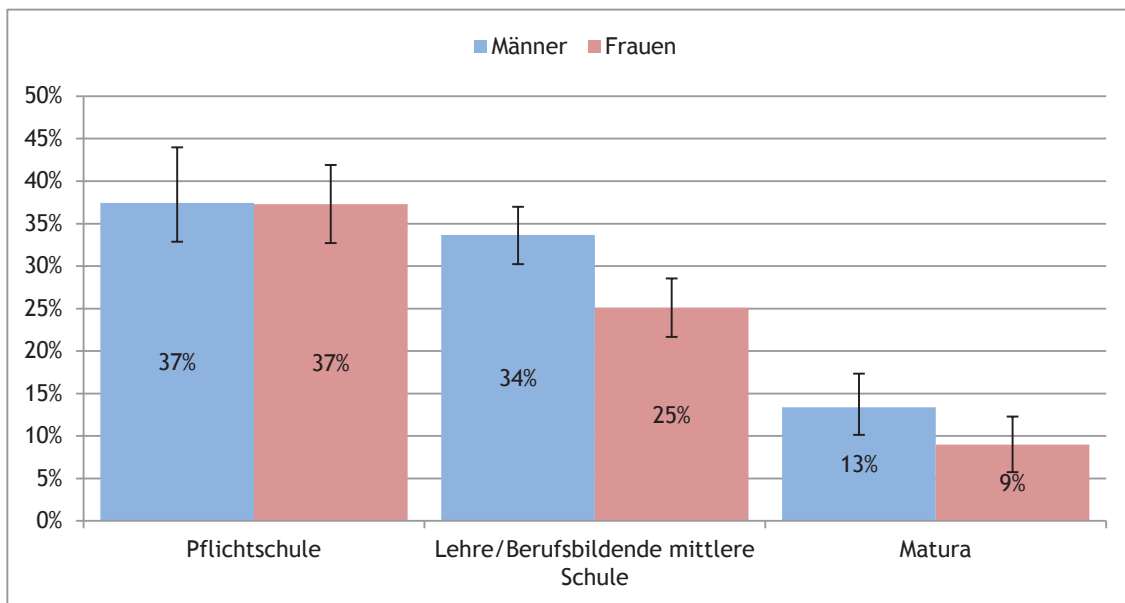
Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%; Anteil der täglichen Raucher_innen

Betrachtet man die altersstandardisierten Raucher_innenquoten nach dem höchsten Bildungsabschluss der Betroffenen, so zeigt sich sowohl bei Männern als auch bei Frauen ein deutlicher sozialer Gradient (siehe Abbildung 71). Der Anteil der täglichen Raucher_innen ist unter Männern und Frauen mit Pflichtschulabschluss am

höchsten (jeweils 37%). In der Gruppe mit Matura oder höherem Bildungsgrad ist der Anteil deutlich niedriger (Männer 13%, Frauen 9%). Am deutlichsten unterscheiden sich Männer und Frauen in der Bevölkerung mit mittlerem Bildungsgrad (Lehre/BMS: Männer 34% und Frauen 25%).

¹⁴⁶ Klimont et al. 2016, S. 23

Abbildung 71: Tabakkonsum nach Bildungsgrad und Geschlecht (tägliche Raucher_innen) in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (standardisiert auf WHO Europa-Standardbevölkerung 1976); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%; Anteil der täglichen Raucher_innen

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich in den letzten Jahrzehnten der Tabakkonsum der Geschlechter insofern angenähert hat, als der Raucher_innenanteil bei den Männern zurückgegangen ist und bei den Frauen angestiegen ist. Hinsichtlich des Tabakkonsums ist bei Männern und Frauen ein deutlicher sozialer Gradient zu beobachten, d.h. dass Personen mit höherem sozioökonomischen Status deutlich weniger rauchen als solche mit niedrigerem.

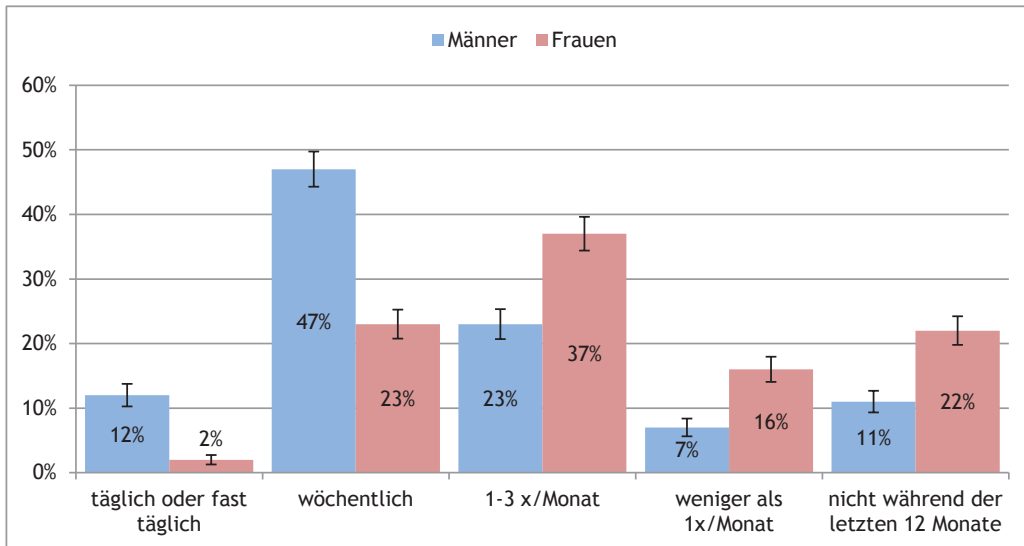
3.3.4. Alkoholkonsum

Hinsichtlich des Alkoholkonsums von Männern und Frauen gibt es Hinweise auf Unterschiede, die mit geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen zusammen hängen dürften. Männer trinken eher in der Öffentlichkeit (bei gesellschaftlichen Anlässen), während Frauen diesbezüglich zurückhaltender sind. Frauen trinken eher alleine und nutzen Alkohol häufiger im Zusammenhang mit persönlichen Problemen. Aufgrund des stärkeren bzw. verbreiteteren Alkoholkonsums erkranken mehr Männer als Frauen an Alkoholsucht. Im Falle alkoholbedingter Störungen

(Sucht, Alkoholerkrankung) sind Frauen einer stärkeren Stigmatisierung ausgesetzt als Männer.¹⁴⁷ Aufgrund physiologischer Gegebenheiten vertragen Frauen weniger Alkohol als Männer (vor allem wegen des im Durchschnitt geringeren Körpergewichts bzw. Körperwasseranteils).¹⁴⁸ Den Ergebnissen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zu Folge konsumieren in Oberösterreich 12 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen (fast) täglich Alkohol. Fast die Hälfte der Männer (47%) und knapp ein Viertel der Frauen (23%) trinken an mehreren Tagen pro Woche Alkohol (siehe Abbildung 72). Insgesamt ist der Anteil mit regelmäßigem (mindestens wöchentlichem) Alkoholkonsum bei Männern mehr als doppelt so hoch (59%) als bei Frauen (25%). Demgegenüber ist der Anteil der Personen mit sehr seltenem Alkoholkonsum (weniger als monatlich) bei Frauen deutlich höher (38%) als bei Männern (18%).

¹⁴⁷ Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 375-376
¹⁴⁸ Seyer et al. 2005, S. 154

Abbildung 72: Alkohol: Konsumhäufigkeit von Männern und Frauen in Oberösterreich

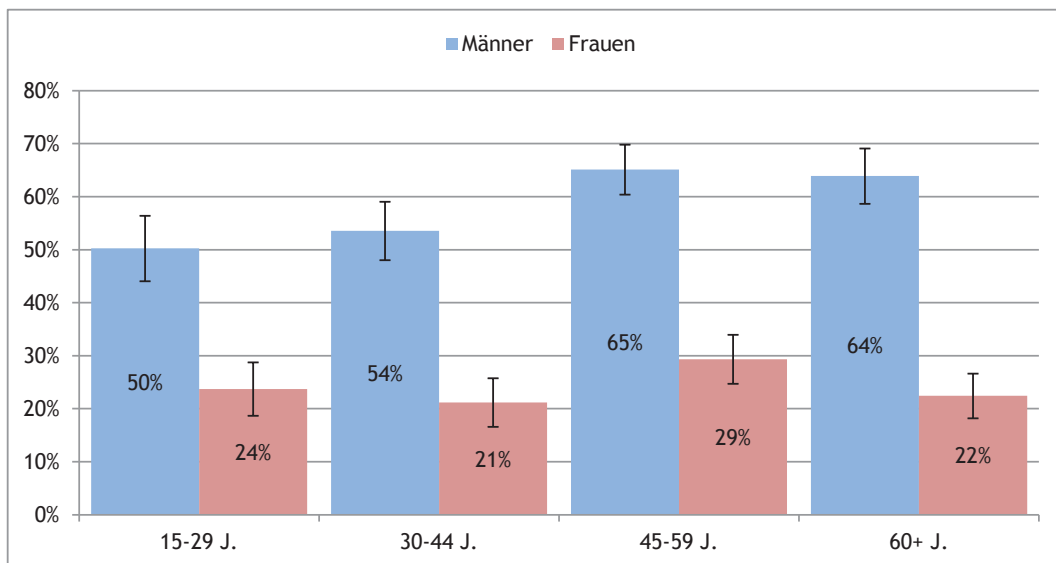


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Regelmäßiger (mindestens wöchentlicher) Alkoholkonsum ist in allen Altersgruppen bei Männern häufiger zu beobachten als bei Frauen. Bei Männern ist mit zunehmendem

Alter ein Anstieg des Anteils mit regelmäßigem Alkoholkonsum zu beobachten (siehe Abbildung 73).

Abbildung 73: Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) nach Altersgruppen in Oberösterreich

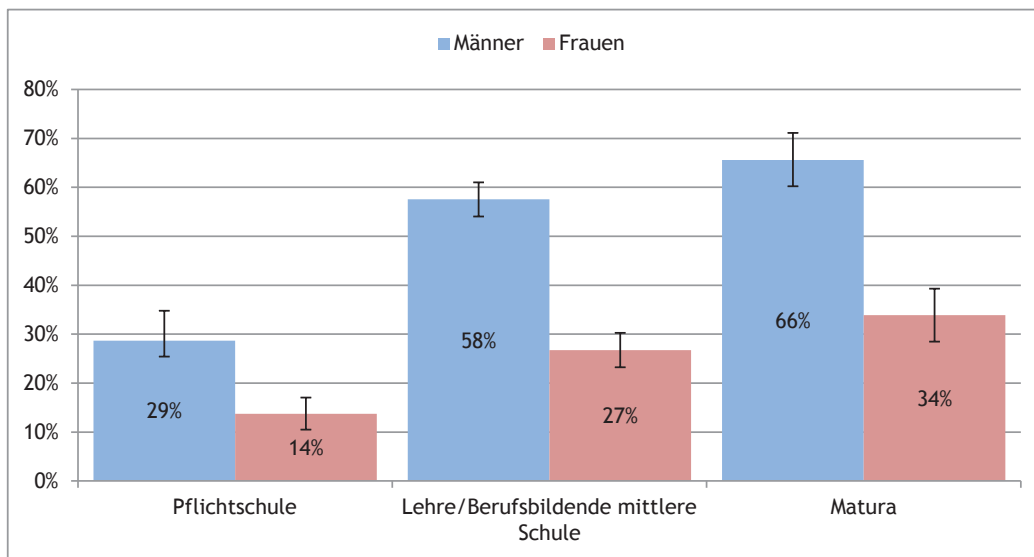


Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen steigt der Anteil mit mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum mit zunehmendem Bildungsgrad. In der Gruppe mit Pflichtschulabschluss geben 29 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen an, dass sie regelmäßig zumindest jede

Woche Alkohol konsumieren. In der Bevölkerungsgruppe mit Matura oder höherer Bildung beträgt der Anteil bei Männern 66 Prozent und bei Frauen 34 Prozent (siehe Abbildung 74).

Abbildung 74: Alkoholkonsum nach Bildungsgrad und Geschlecht (mindestens wöchentlich) in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahren (standardisiert auf WHO Europa-Standardbevölkerung 1976); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%; Anteil der mindestens wöchentlich Alkohol konsumiert

Üblicherweise wird bei Männern ein Alkoholkonsum unter 24 g und bei Frauen von unter 16 g reinem Alkohol als unbedenklich angesehen (Unbedenklichkeitsgrenze) das entspricht einer Menge von ungefähr 0,6 Liter Bier oder 0,3 Liter Wein für Männer und 0,4 Liter Bier bzw. 0,2 Liter Wein für Frauen. Als gesundheitsgefährdend (Gefährdungsgrenze) wird ein täglicher Konsum über 60 g bei Männern (ca. 1,5 Liter Bier oder 0,75 Liter Wein) und über 40 g bei Frauen (ca. 1 Liter Bier oder 0,5 Liter Wein) reiner Alkohol angesehen.¹⁴⁹

In Österreich weisen 19 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen einen problematischen Alkoholkonsum auf. Weitere 18 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen weisen einen mittleren Konsum auf, d.h. dass die Alkoholmenge zwar unter der Gefährdungsgrenze, aber über der Unbedenklichkeitsgrenze liegt.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Seyer et al. 2005, S. 154

¹⁵⁰ Strizek und Uhl 2016, S. 39

Factbox

- Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Geschlechterbilder sind historisch bedingt und waren in den letzten Jahrhunderten einem beträchtlichen Wandel unterzogen. Das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen ist nicht allein als Folge individueller Entscheidungen anzusehen. Die sozialen Lebensbedingungen und die allgemeine Lebenssituation haben einen erheblichen Einfluss auf die Verbreitung von gesundheitsförderlichen bzw. gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen.
- Im Vergleich zu Frauen geben Männer häufiger an, dass sie sich sportlich betätigen, vor allem in der jüngeren Bevölkerung. Männer wenden in der Freizeit auch mehr Zeit für körperliche Aktivität auf als Frauen (Männer 183 Minuten/Woche; Frauen 161 Minuten/Woche). Auch für zu Fuß bzw. mit dem Fahrrad zurückgelegte Wege verwenden Männer mehr Zeit pro Woche. Alltagsbewegung ist im Gegensatz dazu unter Frauen und Männern in etwa gleich verbreitet. Entsprechend der geschlechtsspezifischen Rollenaufteilung führen Frauen im Rahmen von Arbeitsvollzügen seltener schwere körperliche Tätigkeiten aus.
- Frauen essen häufiger Obst und Gemüse als Männer, demgegenüber verspeisen Männer häufiger Fleisch bzw. Wurstwaren.
- In Oberösterreich rauchen deutlich mehr Männer (26%) als Frauen (18%) täglich. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil der Männer, die täglich rauchen, stetig ab. Demgegenüber ist bei Frauen der Anteil in den Altersgruppen zwischen 15 und 59 Jahren relativ konstant und sinkt dann erst.
- 12 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen konsumieren (fast) täglich Alkohol. Hinsichtlich des Alkoholkonsums von Männern und Frauen gibt es Hinweise auf Unterschiede, die mit geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen zusammen hängen dürften. Männer trinken eher in der Öffentlichkeit (bei gesellschaftlichen Anlässen), während Frauen eher alleine trinken und Alkohol häufiger im Zusammenhang mit persönlichen Problemen nutzen.

3.4. Ausgewählte gesundheitsrelevante Themenbereiche (Belastungen, Ressourcen, Lebensbedingungen)

Für Männer und Frauen ergeben sich aus verschiedenen Bereichen Belastungen, die Risiken für die Gesundheit darstellen. Gesundheitsrelevant sind aber Ressourcen bzw. positive Einflussfaktoren, die sich förderlich auf die Gesundheit auswirken können. Nachfolgend sollen ausgewählte Lebensbereiche und Themengebiete angeführt werden, die mit unterschiedlichen Belastungen und Gesundheitsressourcen verknüpft sind.

3.4.1. Bezahlte und unbezahlte Arbeit (inklusive informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen)

Hinsichtlich der gesellschaftlichen Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern haben sich in den letzten Jahrzehnten wesentliche Veränderungen abgezeichnet. Die gestiegene Zunahme der Bildungsbeteiligung und die gestiegene Erwerbsquote der Frauen (siehe Kapitel 1.5.1) eröffnet Frauen neue Betätigungsfelder, die sich auch in Veränderungen der Frauenrolle niederschlagen (siehe Kapitel 3.2). Vor diesem Hintergrund, aber auch in Folge der zunehmenden Pluralisierung der Lebensformen (alleinerziehende Eltern, „Patchworkfamilien“ etc.), stellt sich die Frage der neuen Verteilung informeller bzw. nicht bezahlter gesellschaftlicher Aufgaben (Familiendarbeit etc.), die der traditionellen Frauenrolle zugeordnet sind. Auch wenn sich teilweise Tendenzen hinsichtlich der Öffnung der Männerrolle abzeichnen (Teilzeitquote, Kinderbetreuung, Karenz etc.), hat sich die Männerrolle vergleichsweise wenig verändert bzw. ausdifferenziert und ist nach wie vor stark im Erwerbs- und Berufsleben verankert (siehe Kapitel 3.2.). Daher weisen Frauen ein größeres Spektrum an Rollen auf, die nebeneinander oder in verschiedenen Lebensabschnitten erfüllt werden (Erwerbsarbeit, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Haushaltsmanagement etc.).

In gesundheitlicher Hinsicht geht die „Rollen-Stress-Theorie“ davon aus, dass eine Kumulation von verschiedenen Aufgaben mit erhöhtem Stress verbunden ist und sich negativ auf die Gesundheit auswirkt. Demzufolge birgt die größere Vielfalt der mit der Frauenrolle verbundenen Aufgabenbereiche ein erhöhtes Gesundheitsrisiko (z.B. durch Doppelbelastung durch Haushalt und Beruf, Unvereinbarkeiten verschiedener Aufgabenbereiche, erhöhter Stress etc.). Andererseits kann mit den breiteren Betätigungsfeldern auch die Chance für verschiedene gesundheitsfördernde Aspekte, (z.B. soziale Kontakte, Erfolgserlebnisse, Abwechslung durch Tätigkeitsvielfalt, Selbstverwirklichung, Entwicklung von Kompetenzen etc.) verbunden sein. Daher geht die „Rollenausweitungstheorie“ davon aus, dass eine größere Vielfalt von Aufgaben auch mit positiven Gesundheitseffekten verknüpft sein kann. In der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion hat sich der Konsens durchgesetzt, dass nicht allein die Anzahl der zu erfüllenden Rollen ausschlaggebend ist,

sondern die Qualität der Aufgaben und die Umstände bzw. Rahmenbedingungen, unter denen sie erfüllt werden.¹⁵¹ Weiters spielen in diesem Zusammenhang personale Bewältigungsressourcen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen etc.) eine Rolle.

Historisch betrachtet gibt es Hinweise darauf, dass sich die durch industrielle Revolution bedingten Veränderungen in den Familienstrukturen (patriarchale Kleinfamilie, Herauslösung der Arbeit aus dem Familienalltag, familiäre Arbeitsteilung von Männern und Frauen) hinsichtlich der Lebenserwartung der Männer weniger günstig ausgewirkt hat als auf die der Frauen. Es wird davon ausgegangen, dass das familiennahe Alltagsleben auch protektive Faktoren beinhaltet, die bei einer vom persönlichen Lebensbezug entfremdeten Erwerbsarbeit verloren gehen. Demnach hätte sich die traditionelle Arbeitsteilung (außerfamiliäre Erwerbsarbeit der Männer und innerfamiliäre bzw. informelle Arbeit der Frauen) ungünstig auf die gesundheitlichen Chancen der Männer ausgewirkt.¹⁵²

Erwerbsarbeit und Arbeitsbedingungen

Erwerbstätigkeit stellt die wesentliche Grundlage für Einkommen und soziale Absicherung dar. Zudem bietet die berufliche Tätigkeit (in unterschiedlichem Ausmaß) Gelegenheit zum Erwerb von Kompetenzen, zur Erlangung von Selbstwert, Wertschätzung und Prestige, zur sinnerfüllten Lebensgestaltung und sozialen Teilhabe. All diese Aspekte sind hinsichtlich der Gesundheit der Betroffenen von wesentlicher Bedeutung. Andererseits ist die berufliche Tätigkeit auch mit einer Reihe von Belastungen verbunden, die ein Gesundheitsrisiko darstellen können. Daher stellen die Arbeitsbedingungen eine erhebliche Einflussgröße auf die Gesundheit der Bevölkerung dar. Demgegenüber ist Arbeitslosigkeit für betroffene Männer und Frauen mit psychosozialen Stress verknüpft und erhöht damit das Risiko für depressive Störungen. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und der Häufigkeit von Depression bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen.¹⁵³ Dies könnte auch mit der stärkeren Verankerung der Männerrolle in der Arbeitswelt zusammenhängen. (Weitere Informationen zum Thema Depression sind im Kapitel 2.3.9 zu finden).

Männer und Frauen verteilen sich teilweise sehr unterschiedlich auf verschiedene Berufsgruppen und Arbeitsbereiche. Daraus ergeben sich auch unterschiedliche berufliche Belastungskonstellationen, welche die Geschlechter in unterschiedlichem Ausmaß betreffen.

Körperliche Belastungen betreffen im Allgemeinen Männer stärker als Frauen (siehe Abbildung 75). Die häufigsten körperlichen Risikofaktoren für Männer sind Unfallgefahren, Anstrengung der Augen, ungünstige Umweltbedingungen (Lärm, Staub, Hitze, Kälte etc.) sowie das Hantieren mit schweren Lasten sowie eine ungünstige Arbeitshaltung bzw. belastende Bewegungsabläufe. Auch

¹⁵¹ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel 2008, S. 28

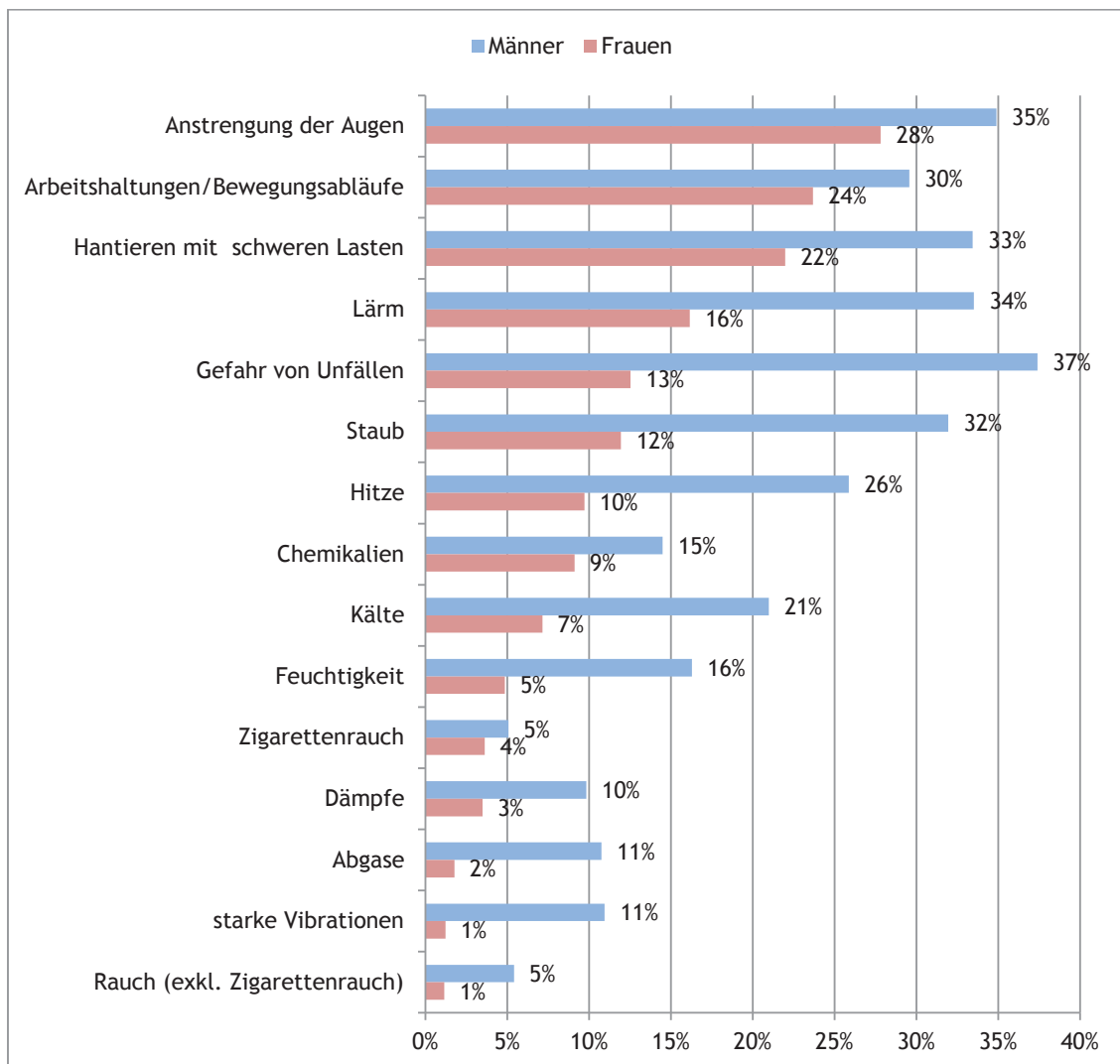
¹⁵² Stierler 2016, S. 55

¹⁵³ Müters und Hoebel, J. Lange, C. 2013, S. 3

bei Frauen zählen die Anstrengung der Augen, ungünstige Arbeitshaltung bzw. Bewegungsabläufe und das Hantieren mit schweren Lasten zu den verbreitetsten körperlichen Belastungen im Arbeitsvollzug. Darauf folgen Lärm und Unfallgefahren. Die größten Unterschiede zwischen den

Geschlechtern sind hinsichtlich der Belastung durch starke Vibrationen (von der Männer neun Mal so häufig betroffen sind wie Frauen), durch Abgase (sechs Mal) und durch Rauch (knapp fünf Mal) festzustellen.

Abbildung 75: Körperliche Arbeitsbelastungen in Oberösterreich



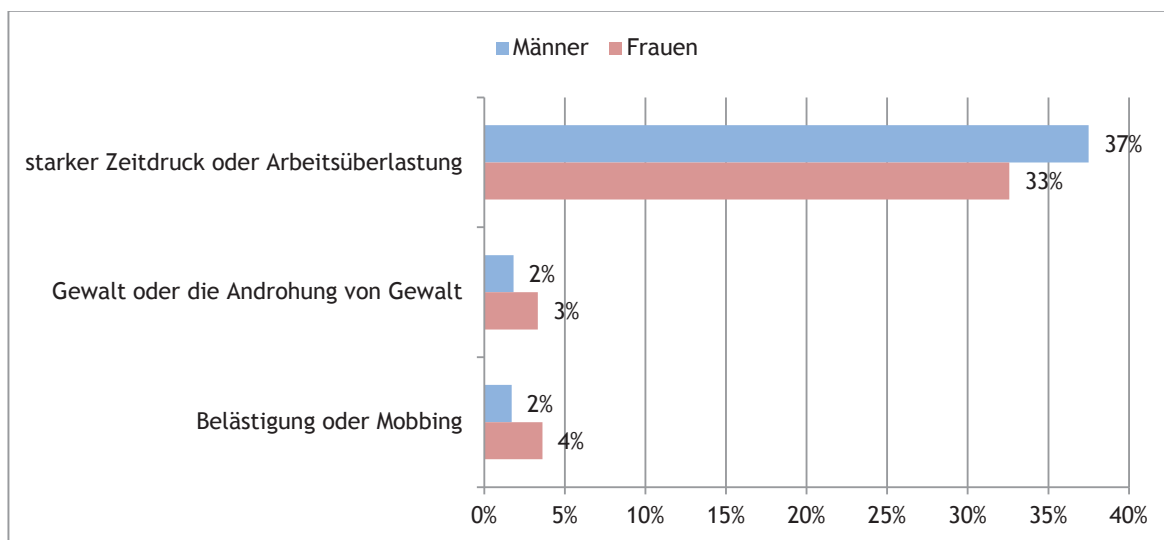
EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT AUS DER GENDERPERSPEKTIVE

Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2013 (Statistik Austria 2017a); Beschäftigte mit Wohnsitz in Oberösterreich

Beide Geschlechter sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in erheblichem Ausmaß mit starkem Zeitdruck bzw. Arbeitsüberlastung konfrontiert, Männer etwas häufiger (37%) als Frauen (33%). Rund 3 Prozent der Frauen

und 2 Prozent der Männer sind im Arbeitsumfeld durch Gewalt bzw. durch die Androhung von Gewalt belastet. Belästigung oder Mobbing betreffen 4 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer.

Abbildung 76: Psychische Arbeitsbelastungen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung Ad-hoc-Modul 2013 (Statistik Austria 2017a); Beschäftigte mit Wohnsitz in Oberösterreich

Die faire Gestaltung der Arbeitsverhältnisse für Männer und Frauen könnte nicht nur zur Verringerung psychischer Belastung (Distress) bei Frauen beitragen sondern auch zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit zwischen Männern und Frauen. Daher kann die Chancengerechtigkeit im Arbeitsbereich als eigenständige Gesundheitsdeterminante angesehen werden.¹⁵⁴

Weitere Hintergrundinformationen zum Thema Beschäftigung und Beruf sind im Kapitel 1.5 zu finden. Das Thema Geschlecht und Erwerbseinkommen („Gender-Pay Gap“) wird im Kapitel 1.6 behandelt.

Hausarbeit

Im Rahmen der Haushalte bzw. Familien übernehmen Männer meist die Rolle des Hauptverdieners, auch wenn durch die hohe Erwerbstätigkeit der Frauen und der veränderten familienbezogenen Werthaltungen mittlerweile auch ein Beitrag der (meist teilzeitbeschäftigten) Frauen zum Haushaltseinkommen erwartet wird (siehe Kapitel 3.2.2). Nach wie vor wird die Hauptverantwortung für die

Haushaltsaufgaben, die Kinderbetreuung und die Betreuung kranker und unterstützungsbedürftiger Kinder und Familienangehöriger vorwiegend bei den Frauen überlassen.¹⁵⁵

Für die Gesundheit ist vor allem wichtig, dass die Aufgabenteilung in der Lebensgemeinschaft als fair empfunden wird. Bei Frauen ist diesbezüglich vor allem eine als unfair wahrgenommene Aufteilung der Haus- und Familienarbeit mit einer erhöhten Stressbelastung assoziiert. Demgegenüber spielt für Männer stärker eine als unfair empfundene Aufteilung der Erwerbsarbeit eine Rolle.¹⁵⁶ Unausgewogenheit in der Aufteilung der Arbeitsaufteilung im Haushalt gehen mit dem Risiko für psychische Belastung (Distress) einher.¹⁵⁷

Die Beteiligung der Männer im Haushalt hat in den letzten Jahrzehnten etwas zugenommen. Zwischen dem Beginn der 1990er Jahre und dem Ende der 2000er Jahre ist der wöchentliche Aufwand der 20 bis 64-jährigen Männer von

¹⁵⁴ Elwér et al. 2013. Faire Arbeitsverhältnisse wurden in der genannten Studie anhand des Geschlechterverhältnisses folgender Indikatoren erhoben: Beschäftigte im Betrieb, Einkommen, Bildungsgrad, Elternkarenz, temporäre Freistellung zur Kinderbetreuung.

¹⁵⁵ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel 2008, S. 13

¹⁵⁶ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel 2008, S. 28

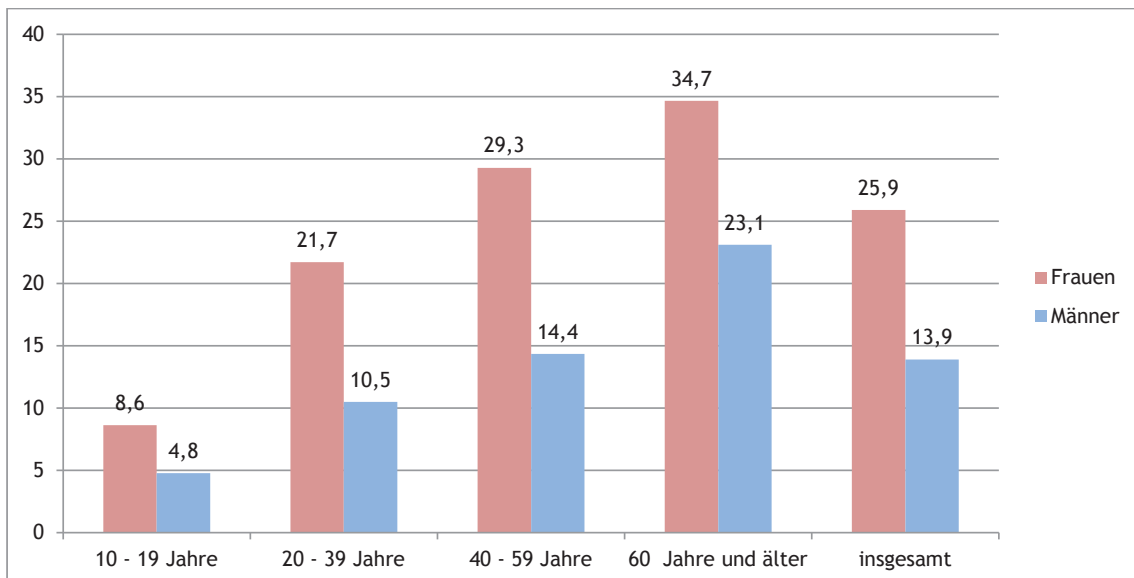
¹⁵⁷ Harryson et al. 2012

9 auf 11 Stunden gestiegen. Der wöchentliche Aufwand der Frauen dieser Altersgruppe ist von 34 auf 27 Stunden zurückgegangen. Ähnliche Entwicklungen lassen sich auch in anderen europäischen Ländern beobachten.¹⁵⁸

Laut der Zeitverwendungsstudie der Statistik Austria 2008/09¹⁵⁹, in der die österreichische Bevölkerung über 10 Jahren erfasst wurde, wenden Frauen durchschnittlich 25,9 Stunden pro Woche für Hausarbeit auf und Männer 13,9 Stunden (siehe Abbildung 77). Unter Hausarbeit werden in diesem Zusammenhang verschiedene Tätigkeitsgruppen zusammengefasst, wie z.B. Aufräum- und Reinigungsarbeiten, Essenszubereitung, Einkaufen, die Pflege von Haustieren, Reparaturarbeiten etc. sowie der damit verbundene Organisationsaufwand (siehe Abbildung 79).

Nicht enthalten ist jedoch der Aufwand im Rahmen der Kinderbetreuung (siehe „Kinderbetreuung und -erziehung“), Pflege von Verwandtschaftsverhältnissen (siehe „Soziale Beziehungen“). Mit zunehmendem Alter steigt der Aufwand für Hausarbeit bei beiden Geschlechtern. Im Erwerbsalter (zwischen 20 und 59 Jahren) wenden Frauen doppelt so viel Zeit für Hausarbeit auf wie Männer (2,0-mal so viel Zeit), bei den über 60-Jährigen etwa die Hälfte mehr (1,5-mal so viel).

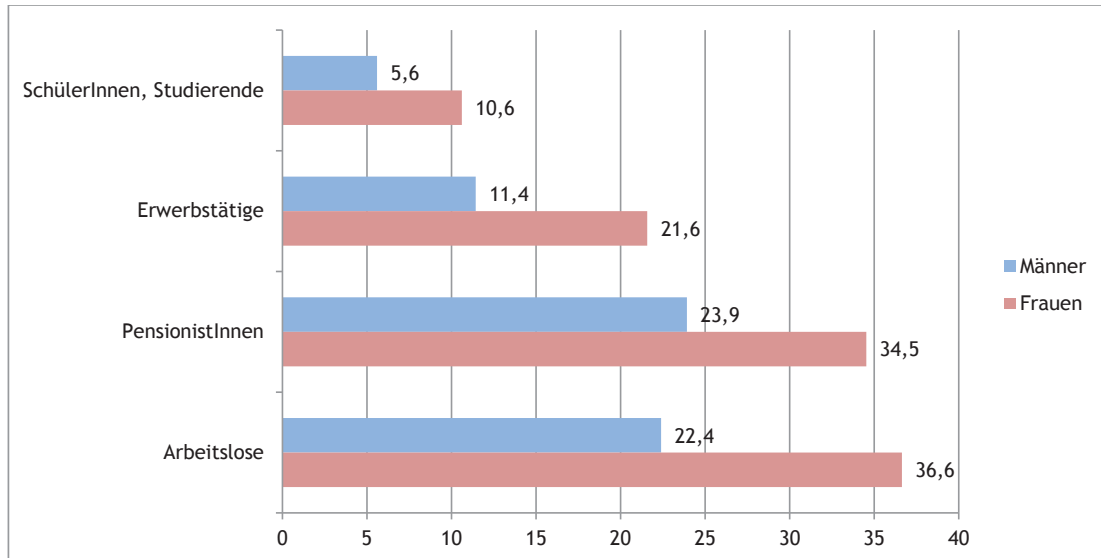
Abbildung 77: Hausarbeit nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Ghassemi 2009, S. 123
 Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Woche in Stunden

¹⁵⁸ Sonja Dörfler, Georg Wernhart 2016, S. 42
¹⁵⁹ Ghassemi 2009

Abbildung 78: Hausarbeit nach Erwerbsstatus und Geschlecht in Österreich

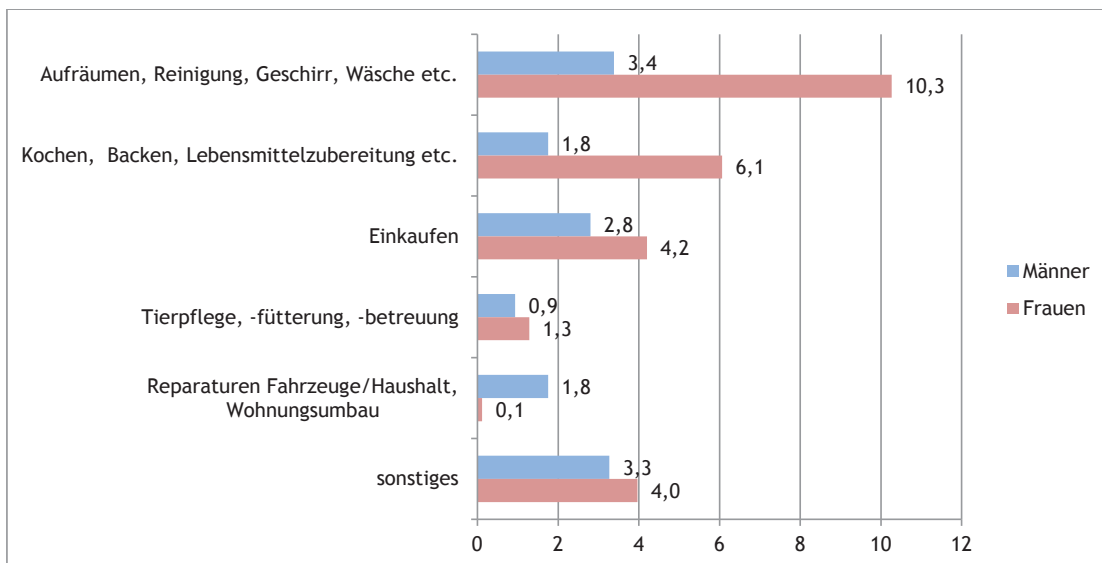


Quelle: Ghassemi 2009, S. 134-135
 Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Woche in Stunden

Für Aufräumen, Reinigung, Abwaschen von Geschirr etc. wenden Frauen im Durchschnitt 10,3 Wochenstunden auf (Männer 3,4 Stunden), für Kochen, Speisenzubereitung etc. 6,1 Stunden (Männer 1,8) und für Einkäufe (inkl.

Wege zum Einkauf) 4,2 Stunden (Männer 2,8). Als Männerdomäne können im Haushaltsbereich Reparaturen bzw. Wohnungsumbau etc. angesehen werden (Männer 1,8 Stunden, Frauen 0,1 Stunden pro Woche).

Abbildung 79: Hausarbeit nach Tätigkeitsgruppen und Geschlecht in Österreich



Quelle: Statistik Austria: Zeitverwendung 2008/09 (Ghassemi 2009, S. 123). Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Woche in Stunden; Österreichische Bevölkerung ab 10 Jahre

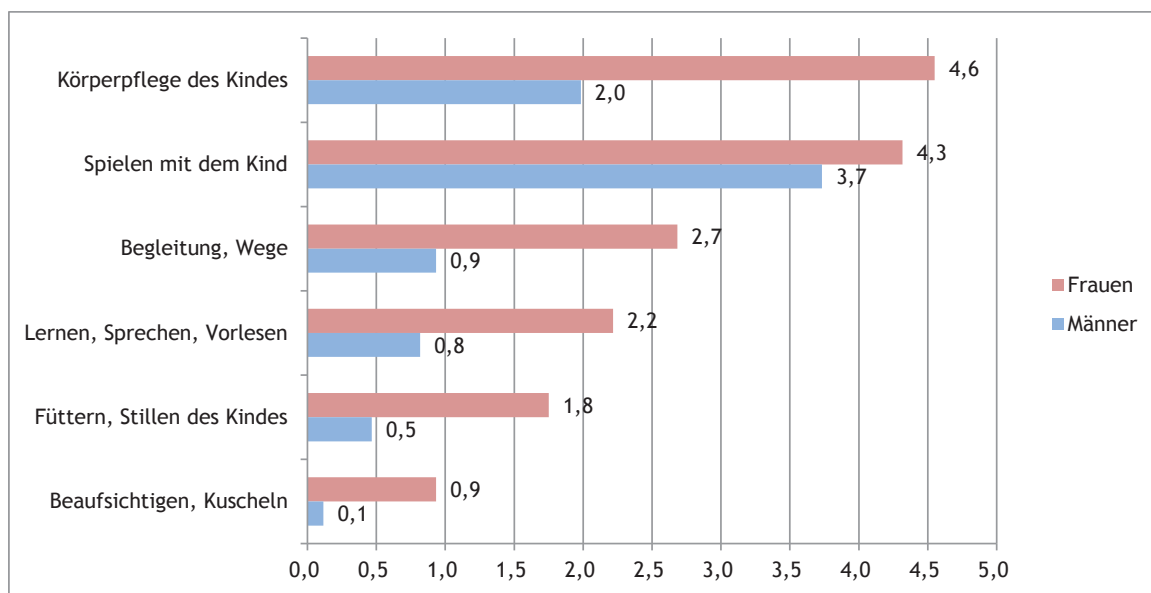
Insgesamt spiegeln sich in der Aufteilung der Hausarbeit nach wie vor traditionelle Rollenmuster wieder.

Kinderbetreuung und -erziehung

Frauen verbringen deutlich mehr Zeit mit den Kindern und übernehmen auch einen Großteil der Betreuung. Bei fast allen Aufgabenbereichen dominiert der Aufwand der Frauen deutlich. In Paarhaushalten mit Kindern unter 16 Jahren verbringen Frauen im Durchschnitt doppelt so viel

Zeit mit den Kindern (16,5 Stunden pro Woche) als Männer (8,1 Stunden pro Woche). Lediglich hinsichtlich des Spiels mit dem Kind nähern sich die Männer (3,7 Stunden pro Woche) dem Aufwand der Frauen (4,3 Stunden) einigermaßen an (siehe Abbildung 80).

Abbildung 80: Kinderbetreuung nach Tätigkeitsgruppen und Geschlecht in Österreich



Quelle: Statistik Austria: Zeitverwendung 2008/09 (Ghassemi 2009, S. 74). Durchschnittlicher Zeitaufwand pro Woche in Stunden; Österreich. Personen in Paarhaushalten mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren.

Alleinerziehende Frauen mit Kindern unter 16 Jahren wenden mehr Zeit für Erwerbstätigkeit auf als Frauen in Paarhaushalten. Sie wenden daher auch etwas weniger Zeit für die Kinderbetreuung (insbesondere zum Spielen mit dem Kind) auf (ca. 14 Stunden pro Woche) als Frauen in Paarbeziehungen.

Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen

Laut der österreichweiten Zeitverwendungserhebung der Statistik Austria (2008/09) wenden 1,5 Prozent der Frauen Zeit für die Versorgung von kranken Erwachsenen auf. Der durchschnittliche Aufwand pro Woche beträgt 1 Stunde und 18 Minuten.¹⁶⁰ Für Unterstützungsleistungen an „gesunden“ Erwachsenen im Haushalt wenden 1,3 Prozent der Frauen im Durchschnitt 36 Minuten pro Woche auf. Aufgrund der geringen Fallzahl ist der entsprechende

Aufwand für Männer nicht ausgewiesen.¹⁶¹ Aufgrund der Angaben zum Gesamtaufwand von Männern und Frauen können die jeweiligen Zahlen geschätzt werden.¹⁶² Demnach wenden 0,6 Prozent der Männer durchschnittlich 1 Stunde pro Woche für die Versorgung von kranken Erwachsenen auf. Für die Hilfe von „gesunden Erwachsenen“ im Haushalt werden von 0,4 Prozent der Männer im Durchschnitt 58 Minuten verwendet.

¹⁶¹ Ghassemi et al. 2009, S. 83

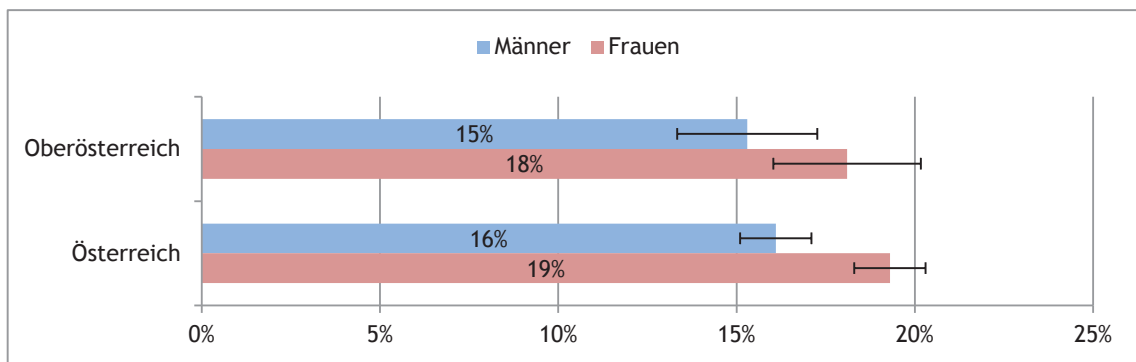
¹⁶² In der Gesamtbevölkerung über 10 Jahren wenden 1,1 Prozent durchschnittlich 1 Std. 13 Min. für die Versorgung kranker Erwachsener und 0,8 Prozent durchschnittlich 41 Minuten für die Hilfe für „gesunde“ Erwachsene auf. Werte mit weniger als 30 Fällen sind in der Statistik nicht ausgewiesen (Quelle Statistik Austria. Für die Schätzung wurde für die Gesamtpopulation ein Frauenanteil von 51 Prozent angenommen. Auch wenn die so ermittelten Werte für Männer mit einem gewissen Unsicherheitsfaktor behaftet sind, werden sie hier der Vollständigkeit halber angeführt. Die geringe Fallzahl der pflegenden Männer soll nicht dahingehend interpretiert werden, dass der Anteil unbedeutend ist, sondern dass der Stichprobenumfang zu gering ist um den Wert genau zu bestimmen.

¹⁶⁰ Der Zeitaufwand bezieht sich auf die Unterstützungsleistung als Haupttätigkeit. Unterstützungsleistungen, die neben einer anderen Haupttätigkeit durchgeführt werden sind hier nicht berücksichtigt (z.B. das Mitnehmen von Lebensmitteln beim eigenen Einkauf etc.).

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurde erhoben, ob die Befragten informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen für Personen mit gesundheitlichen Problemen erbringen. In Oberösterreich

geben 18 Prozent der Frauen und 15 Prozent der Männer an, derartige Leistungen mindestens ein Mal pro Woche zu erbringen.

Abbildung 81: Informelle Pflege und Unterstützungsleistungen in Österreich und Oberösterreich

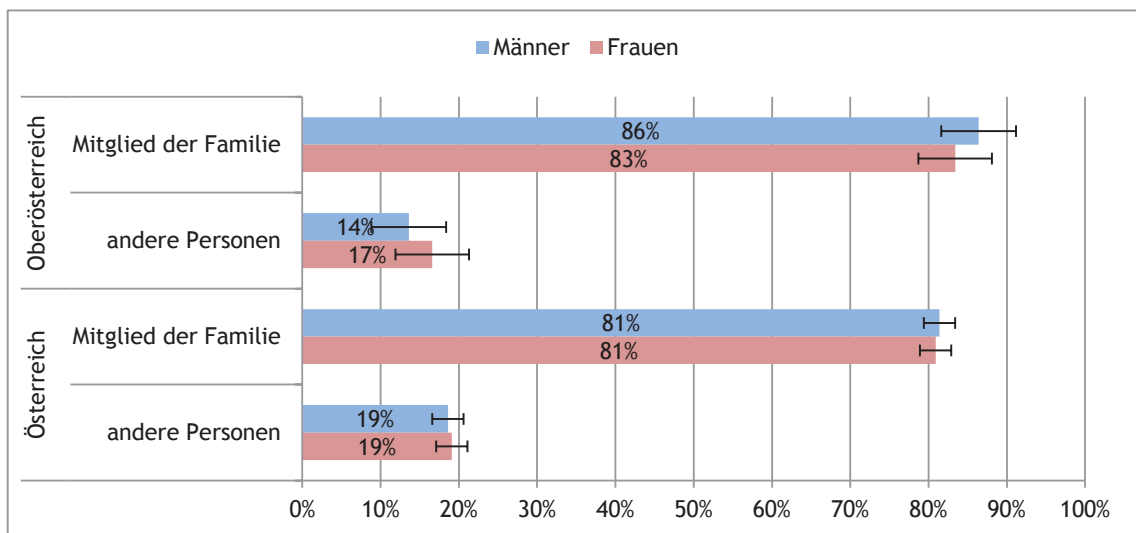


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Anteil, der mindestens einmal pro Woche informelle Pflege- oder Unterstützungsleistungen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen erbringt. Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Zum Großteil werden die informellen Pflege- und Unterstützungsleistungen innerhalb der Familie erbracht. Bei 86 Prozent der Männer und 83 Prozent der Frauen, die

derartige Pflegeleistungen erbringen, wendet sich die Leistung an ein Mitglied der Familie.

Abbildung 82: Zielperson der informellen Pflege und Unterstützungsleistungen in Österreich und Oberösterreich

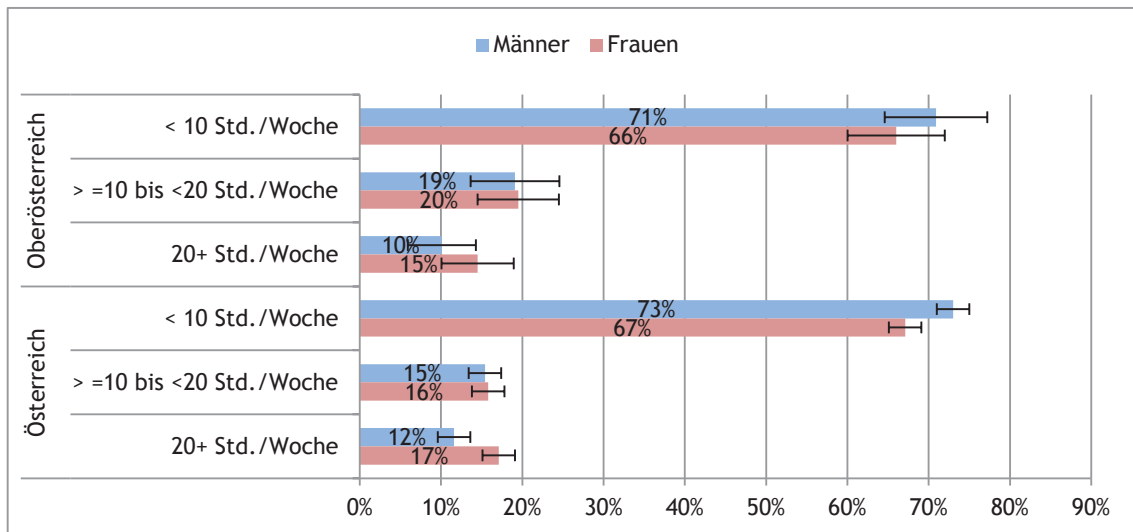


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Nur Personen, die mindestens einmal pro Woche Pflege- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen erbringen. Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Der Umfang der Pflege- und Unterstützungsleistung beträgt meist weniger als 10 Stunden pro Woche (Männer 71%, Frauen 66%). Etwa ein Fünftel der informellen Pfleger_innen wendet zwischen 10 und 20 Stunden pro Wo-

che auf (Männer 19% und Frauen 20%). Bei 15 Prozent der pflegenden Frauen und 10 Prozent der pflegenden Männer liegt der Aufwand bei 20 und mehr Stunden pro Woche.

Abbildung 83: Umfang der informellen Pflege und Unterstützungsleistungen in Österreich und Oberösterreich

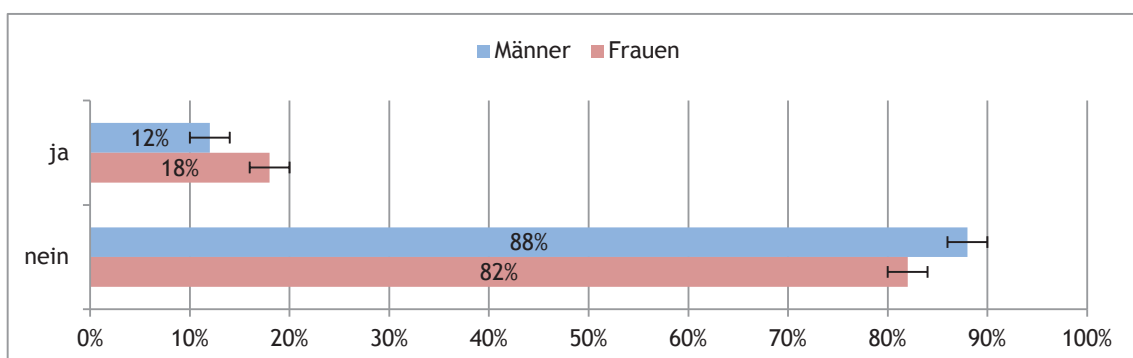


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Nur Personen, die mindestens einmal pro Woche Pflege- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit gesundheitlichen Problemen erbringen. Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

In Oberösterreich geben 18 Prozent der Frauen und 12 Prozent der Männer an, dass sie regelmäßig die Verant-

wortung für die Betreuung vom Erwachsenen oder Jugendlichen mit Unterstützungsbedarf tragen.

Abbildung 84: Regelmäßige Verantwortlichkeit für Hilfsbedürftige in Oberösterreich

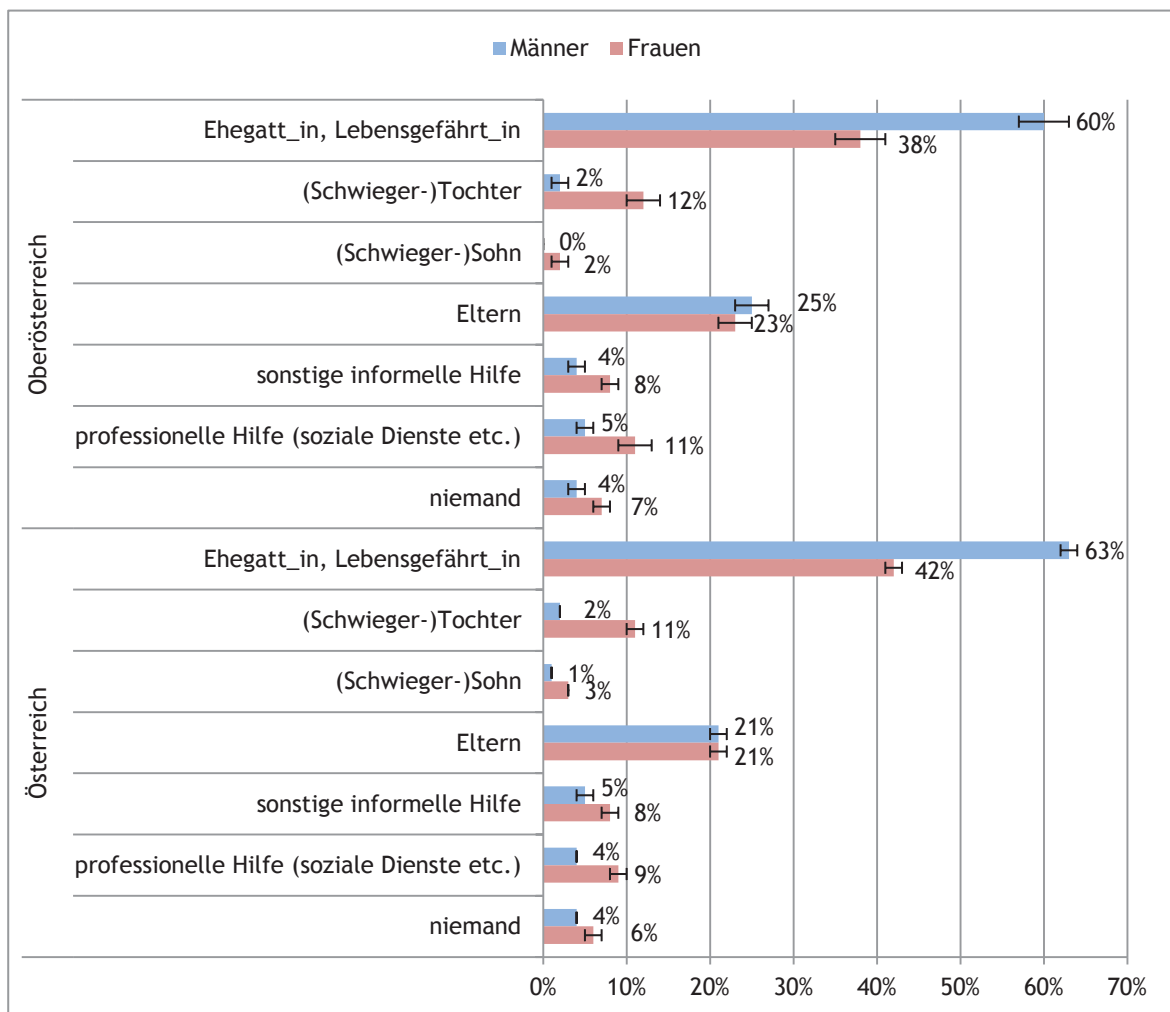


Quelle: IGP-Umfrage 2007 (IGP-Berechnungen). „Haben sie regelmäßig die Verantwortung für die Betreuung von hilfsbedürftigen Erwachsenen oder Jugendlichen im Alter über 15 Jahren (z.B. von Verwandten, Bekannten, Nachbarn usw.)?“; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

In Oberösterreich geben 65 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahren an, dass sie im Falle einer längeren Erkrankung von ihrer/m Partner_in, betreut bzw. gepflegt werden. Bei Männern ist der Anteil (60%) deutlich höher als bei Frauen (38%). Besonders hoch ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen im höheren Alter (über 65-Jährige: Männer 70%, Frauen 24%), was mit der Verwitwung bzw. dem früheren Versterben des Partners zusammen hängen dürfte. Die Pflege bzw. Betreuung bei

Erkrankung durch die Eltern spielt vor allem bei jüngeren Männern und Frauen eine Rolle. Für Frauen spielt die Tochter bzw. Schwiegertochter eine wichtige Rolle als Betreuungsperson (12%, Männer 2%), insbesondere im höheren Alter (über 65 Jahre: Frauen 30%, Männer 9%). Frauen sind häufiger auf professionelle Hilfen angewiesen (11%) als Männer (5%), vor allem im höheren Alter.

Abbildung 85: Betreuungsperson bei längerer Erkrankung in Österreich und Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07 (IGP-Berechnungen). Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

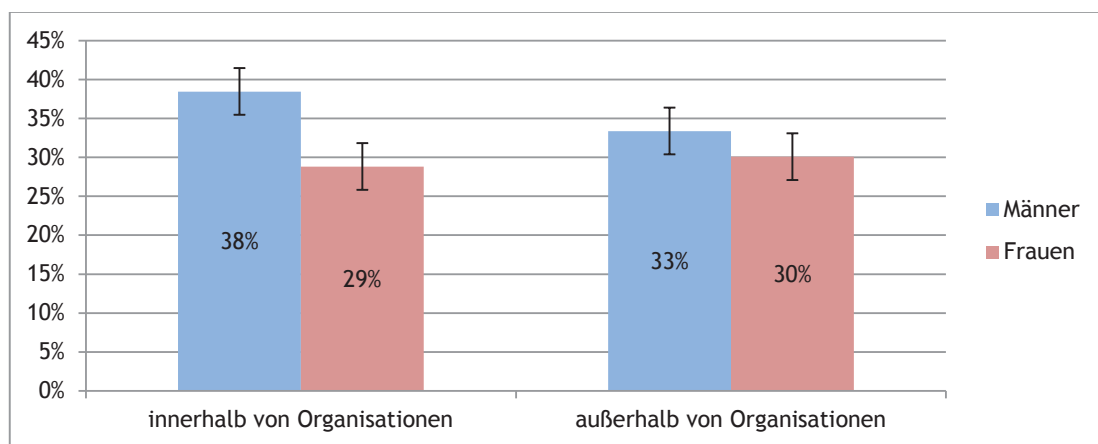
Freiwilligenarbeit

Freiwilliges Engagement leistet einen wesentlichen Beitrag zum gesellschaftlichen Zusammenhalt.¹⁶³ Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass sich Freiwilligenarbeit positiv auf die Gesundheit auswirken kann.¹⁶⁴ Einerseits ermöglicht freiwilliges Engagement dem Individuum, Grundbedürfnisse wie die soziale Eingebundenheit durch selbstbestimmtes, sinnstiftendes Handeln zu erfüllen.¹⁶⁵ Zudem sind Menschen in ihrer Freiwilligentätigkeit besser in soziale Netzwerke eingebunden (z. B. in Vereinen). In manchen Fällen kann eine Freiwilligentätigkeit die negativen Folgen bei Verlust von Rollenidentitäten (z. B. bei Pensionierung oder Arbeitslosigkeit) kompensieren, da bessere Bewältigungsmechanismen angeeignet bzw. stärkere soziale Netzwerke aufgebaut wurden.¹⁶⁶ In freiwilligen Tätigkeiten, die speziell im Gesundheitsbereich stattfinden, erhalten diese Menschen oft auch besseren Zugang zu Gesundheitsinformationen oder haben generell eine gesteigerte Sensibilität, was sich wiederum auf deren Gesundheitsverhalten auswirkt. Generell wird auch auf die positive psychische Befindlichkeit freiwillig Tätiger hingewiesen.¹⁶⁷

Klassische freiwillige Tätigkeit ist gekennzeichnet durch Gemeinschaftsorientierung, zeitliche und biographische Kontinuität sowie ein gewisses Maß an örtlicher Gebundenheit. Neuere Formen der Freiwilligenarbeit tragen dem Trend zur Individualisierung und Flexibilisierung Rechnung. Dazu gehören beispielsweise das kurzfristige oder ereignisorientierte Engagement zu bestimmten Themen (episodische und Eventfreiwilligentätigkeit), die organisierte Freiwilligenarbeit in fremden Ländern (z.B. Voluntarismus im Rahmen von Bildungsangeboten, archäologischen Arbeiten oder medizinischer Versorgung) sowie Online-Volunteering bzw. virtuelle freiwillige Tätigkeiten (z.B. unentgeltliche Beratung, Forschung, Übersetzung etc. über neue Medien).¹⁶⁸

In Oberösterreich beteiligen sich 34 Prozent der Bevölkerung innerhalb und 32 Prozent außerhalb von Organisationen freiwillig. Der Anteil ist bei den Männern speziell bei der formalen freiwilligen Tätigkeit etwas höher. Die Begründung dafür könnte darin liegen, dass Männer sich verstärkt Freiwilligentätigkeiten zuwenden, die ein höheres Sozialprestige haben (Abbildung 86).¹⁶⁹

Abbildung 86: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: EU-SILC 2015; eigene Berechnungen; Fragen: „Haben Sie in den letzten 12 Monaten Freiwilligenarbeit im Rahmen einer Organisation oder eines Vereins geleistet? Haben Sie in den letzten 12 Monaten Freiwilligenarbeit außerhalb einer Organisation oder eines Vereins geleistet (z.B. Hilfe für Menschen und Tiere)?“ max. Schwankungsbreite: +/- 3 Prozent

¹⁶³ BMASK 2009, S. 1
¹⁶⁴ Ramos/Wehner 2015, S. 119
¹⁶⁵ Ramos/Wehner 2015, S. 116
¹⁶⁶ Ramos/Wehner 2015, S. 114
¹⁶⁷ Ramos/Wehner 2015, S. 115

¹⁶⁸ Neufeind/Güntert/Wehner 2015, S. 196-207
¹⁶⁹ BMASK 2013, S. 11 und BMASK 2015 S. 19

3.4.2. Soziale Beziehungen

Die Einbettung in soziale Netzwerke ist von wesentlicher Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung. Auch wenn soziale Beziehungen teilweise mit Belastungen verbunden sind, stellen sie dennoch eine bedeutende Ressource für die Bewältigung von Belastungen und Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Gesundheit dar. Als Sammelbegriff für die protektiven Faktoren, die aus der sozialen Einbindung in Netzwerke resultieren, hat sich die Bezeichnung „soziale Unterstützung“ etabliert.¹⁷⁰

Soziale Unterstützung umfasst verschiedene gesundheitsrelevante Aspekte: Emotionale Unterstützung (Sympathie, Verständnis, Liebe), instrumentelle Unterstützung (Hilfestellung bei der Bewältigung von Aufgaben, Bereitstellung von Ressourcen), informationelle Unterstützung (Informationen, Ratschläge) sowie Unterstützung bei der Bewertung und Einschätzung von Sachverhalten (Beratung, Unterstützung bei Entscheidungen).¹⁷¹

Für Männer spielt der/die Partner_in eine deutlich gewichtigere Rolle im Hinblick auf die soziale bzw. emotionale Unterstützung als dies bei Frauen der Fall ist. Frauen verfügen häufiger über mehrere Vertrauenspersonen im persönlichen Umfeld (Verwandte, Kinder, Freund_innen etc.), auf die sie sich stützen können, während bei Männern vorrangig der/die Partner_in diese Rolle einnimmt.¹⁷²

In Österreich geben 68 Prozent der Bevölkerung an, dass ihre Lebensqualität stark von ihrem sozialen Netz (Kontakte, Familie, Freundeskreis) abhängt. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nur geringfügig,

wobei Frauen dem sozialen Umfeld eine etwas größere Bedeutung für die Lebensqualität zuschreiben (72%) als Männer (66%).¹⁷³ Hinsichtlich der sozialen Unterstützung¹⁷⁴ unterscheiden sich Männer und Frauen nicht wesentlich. Österreichweit beträgt der Anteil der Bevölkerung mit hoher sozialer Unterstützung etwas mehr als die Hälfte (54%, Männer 54%, Frauen 53%). Knapp ein Zehntel der Bevölkerung (9%) weist nur geringe soziale Unterstützung auf (Männer 9% und Frauen 9%). Mit zunehmendem Alter nimmt die wahrgenommene soziale Unterstützung ab. Der Anteil mit geringer Unterstützung steigt bei den 60- bis 74-Jährigen auf 12 Prozent (Männer 13%, Frauen 12%) und bei über 75-Jährigen auf 17 Prozent (Männer 16%, Frauen 17%).¹⁷⁵

In Oberösterreich zeigt sich ein ähnliches Bild wie im österreichischen Bundesgebiet: Hinsichtlich des Anteils der Bevölkerung mit geringer sozialer Unterstützung zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern (7%) und Frauen (8%). Ähnliches gilt für den Anteil mit hoher sozialer Unterstützung: 56% der Oberösterreicher_innen weisen eine starke soziale Unterstützung auf (Männer 57% und Frauen 54%).

Auch hinsichtlich der Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen (Männer 87%, Frauen 88%) sowie der Zufriedenheit mit der Unterstützung durch den Freundeskreis (Männer 79% und Frauen 85%) ist in Oberösterreich kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen zu erkennen.

¹⁷⁰ Franzkowiak 2010

¹⁷¹ Robert Koch-Institut (RKI) 2016

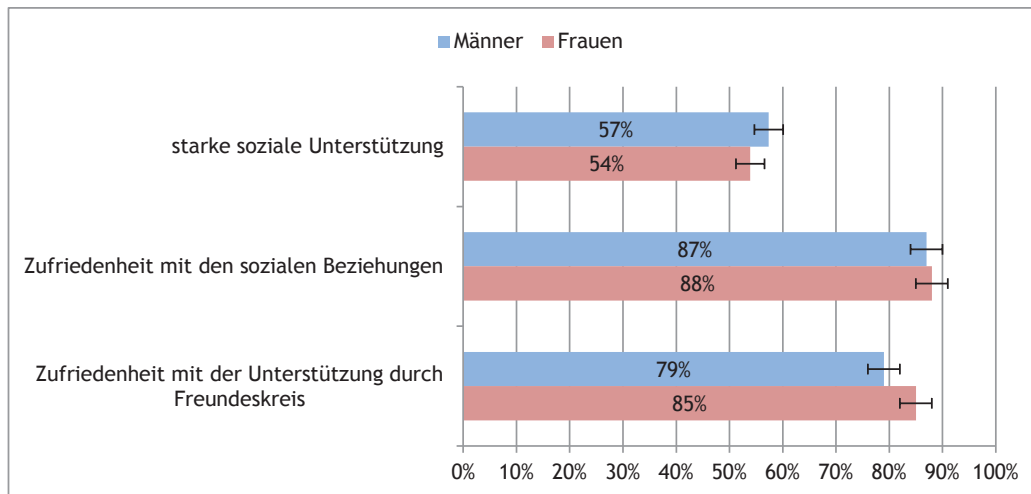
¹⁷² Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel 2008, S. 19

¹⁷³ Statistik Austria 2017b, S. 140

¹⁷⁴ Ein standardisiertes Messinstrument zur Erfassung der sozialen Unterstützung stellt die „Oslo-3-Items-Support Scale“ dar (Oslo-3). Mittels drei Fragen wird erhoben, auf wie viele Personen sich die Betroffenen bei Problemen verlassen können, in welchem Ausmaß andere Menschen Anteilnahme zeigen und wie leicht bzw. schwer es ist, praktische Hilfe von Nachbar_innen zu erhalten. Aus den Ergebnissen wird üblicherweise ein Indexwert (3 bis 14 Punkte) ermittelt, der in die Kategorien „geringe soziale Unterstützung“ (3 bis 8 Punkte), „mittlere soziale Unterstützung“ (9 bis 11 Punkte) und „starke soziale Unterstützung“ (12 bis 14 Punkte) eingeteilt werden kann. Die „Oslo-3-Items-Support Scale“ wurde in der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 verwendet. Die nachfolgenden Ergebnisse basieren auf dieser Erhebung.

¹⁷⁵ Klimont und Baldasz 2015, S. 55

Abbildung 87: Soziale Unterstützung und Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen bzw. mit der Unterstützung durch den Freundeskreis nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 15 Jahre; Anteil mit starker sozialer Unterstützung („Oslo-3-Items-Support Scale“ - Punktwert 12 bis 14 Punkte); Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und mit der Unterstützung durch den Freundeskreis: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen“, „Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde“ (Anteil sehr zufrieden/zufrieden); Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Familiäre Beziehungen sind nach wie vor von wesentlicher Bedeutung. In Österreich stufen 79 Prozent der Bevölkerung die Familie als sehr wichtig ein.¹⁷⁶ Neben der Kernfamilie spielen auch die weiteren verwandtschaftlichen Beziehungen (z.B. Onkel/Tanten, Neffen/Nichten, Cousins/Cousinen etc.) eine wichtige Rolle als soziales Netzwerk. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass die Bedeutung entfernterer Verwandter im Beziehungssystem an Bedeutung gewinnt.¹⁷⁷ Dabei steht in modernen Familienstrukturen weniger das formale Verwandtschaftsverhältnis (bzw. eine damit verbundene Verpflichtung) im Vordergrund, sondern vor allem die subjektive emotionale Beziehung, die freiwillig zu (ausgewählten) Angehörigen aufgebaut wird. Anders ausgedrückt werden sozusagen Freundschaftsbeziehungen im Verwandtenkreis eingegangen („Wahl von Verwandten“).¹⁷⁸ Die Qualität der Beziehung kann nach individueller Situation bzw. über den Lebenslauf hinweg variieren. Beispielsweise kann die Kontakthäufigkeit während der Erwerbsphase aus Zeitgründen weniger dicht ausfallen und im späteren Ruhestand wieder intensiviert werden.¹⁷⁹ Möglicherweise fungieren die Verwandtschaftsverhältnisse auch als latente Beziehungsstrukturen, die bei Bedarf aktiviert werden können. Allerdings besteht diesbezüglich noch erheblicher Forschungsbedarf, da die Rolle von entfernteren Verwandten in der Familienforschung lange Zeit vernachlässigt wurde und vor allem die Kernfamilie im Vordergrund stand.¹⁸⁰

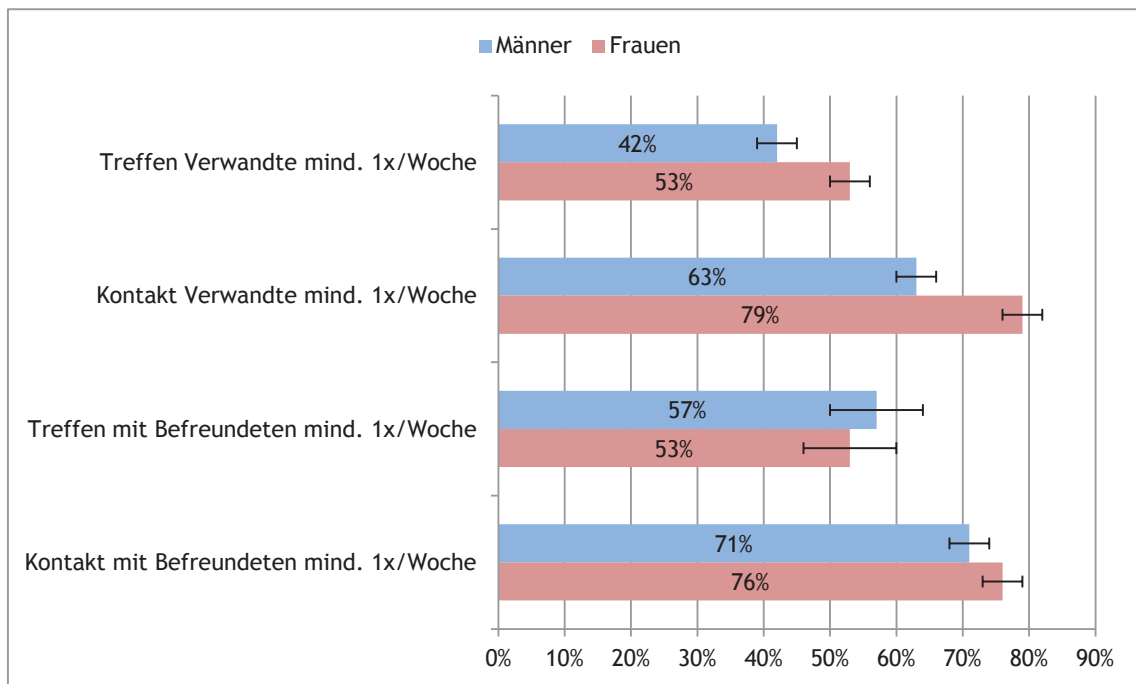
¹⁷⁶ Polak 2011, S. 108
¹⁷⁷ Jakoby 2008; Fuchs 2017
¹⁷⁸ Jakoby 2008, S. 32
¹⁷⁹ Fuchs 2017
¹⁸⁰ Jakoby 2008, Fuchs 2017

In Oberösterreich weisen etwas mehr Frauen als Männer regelmäßigen Kontakt zu Verwandten auf. 53 Prozent der Frauen und 42 Prozent der Männer geben an, dass sie mindestens ein Mal pro Woche direkten Kontakt (Besuch, Treffen) zu Verwandten haben, die nicht im selben Haushalt leben. Direkten oder indirekten Kontakt (z.B. telefonisch etc.) zu Verwandten haben 79 Prozent der Frauen und 63 Prozent Männer mindestens ein Mal pro Woche.¹⁸¹ Die Unterschiede in der Kontakthäufigkeit zwischen Männern und Frauen sind vor allem in den höheren Altersgruppen (über 45 Jahre) stärker ausgeprägt während sich jüngere Männer und Frauen diesbezüglich nur geringfügig unterscheiden.

Frauen haben etwas häufiger direkten Kontakt mit Angehörigen des Freundeskreises. In Oberösterreich treffen sich 57 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen mindestens ein Mal pro Woche mit Befreundeten. Vor allem in der Altersgruppe zwischen 30 und 44 Jahre haben Männer häufiger Kontakt mit befreundeten Personen als Frauen. Berücksichtigt man zusätzlich indirekte Kontakte (z.B. per Telefon, Internet etc.), so sind ebenfalls geringfügige Unterschiede zu Gunsten der Frauen zu erkennen: 71 Prozent der Männer und 76 Prozent der Frauen haben mindestens ein Mal pro Woche Kontakt (Treffen oder indirekten Kontakt, z.B. telefonisch) zu Freund_innen.¹⁸²

¹⁸¹ IGP-Berechnungen auf Basis der EU-SILC Daten (Statistik Austria, EU-SILC 2015)
¹⁸² IGP-Berechnungen auf Basis der EU-SILC Daten (Statistik Austria, EU-SILC 2015)

Abbildung 88: Direkte und indirekte Kontakte zu Familienangehörigen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, EU-SILC 2015 (IGP-Berechnungen). Oberösterreichische Bevölkerung über 16 Jahre; Verwandte: Nur Verwandte, die nicht im selben Haushalt leben. Direkter Kontakt: „Wie häufig treffen oder besuchen Sie Verwandte?“; indirekter Kontakt: „Wie häufig haben Sie sonstigen Kontakt zu Verwandten (z.B. via Telefon, SMS, Brief, Fax, Internet?)“; Mindestens wöchentliche Treffen (direkter Kontakt) bzw. Kontakt (direkter oder indirekter Kontakt). Befreundete: direkter Kontakt: „Wie häufig treffen oder besuchen Sie Freunde?“; indirekter Kontakt: „Wie häufig haben Sie sonstigen Kontakt zu Freunden (z.B. via Telefon, SMS, Brief, Fax, Internet?)“; Mindestens wöchentlichen Treffen (direkter Kontakt) bzw. Kontakt (direkter oder indirekter Kontakt)

3.4.3. Gewalt und Gewalterfahrung

Der WHO-Definition zufolge ist Gewalt der „absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt“.¹⁸³ Im Hinblick auf Gewalt und Gewalterfahrung ist im Allgemeinen von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, insbesondere im Zusammenhang mit der offiziellen Kriminalstatistik. Die nachfolgenden Befunde basieren auf Selbstauskünften von Befragten. Auch hier ist mit gewissen Verzerrungen zu rechnen (subjektive Wahrnehmung, Erinnerungsbias etc.).

In ihrer Kindheit (bis zum 16. Lebensjahr) waren etwa drei Viertel der österreichischen Bevölkerung zumindest ein Mal mit körperlicher oder psychischer Gewalt konfrontiert. Männer und Frauen unterscheiden sich nur unwesentlich. 75 Prozent der Frauen und 73 Prozent der Männer berichten von psychischer Gewalterfahrung, und 73 Prozent der Frauen bzw. 74 Prozent der Männer waren von körperlicher Gewalt betroffen. Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der sexuellen Gewalt. Mehr als ein Viertel der Frauen aber immerhin 12 Prozent der Männer erfuhren in ihrer Kindheit sexuelle Gewalt. Anzumerken ist, dass vor allem die ältere Generation von Gewalterfahrungen in der Kindheit berichtet. Jüngere Generationen sind deutlich weniger betroffen, was auch damit zusammenhängt, dass Gewalt als Erziehungsmittel immer weniger toleriert wird. In der Altersgruppe zwischen 51 und 60 Jahren waren 86 Prozent der Männer und 81 Prozent der Frauen in der Kindheit körperlicher Gewalt ausgesetzt. In der Altersgruppe der 16- bis 20-Jährigen sind demgegenüber rund 55 Prozent der Männer und Frauen von körperlicher Gewalt betroffen.

¹⁸³ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel 2008, S. 22

Die Verteilung der Betroffenheit in den unterschiedlichen Alterskohorten deutet darauf hin, dass die beobachtbare Verbreitung von sexueller Gewalt in der Kindheit in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangen ist. In der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen erlebten 41 Prozent der Frauen und 20 Prozent der Männer sexuelle Gewalt in ihrer Kindheit. Unter den 16- bis 20-Jährigen sind noch 20 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer betroffen.¹⁸⁴

Unter den österreichischen Frauen geben 40 Prozent an, dass sie als Erwachsene Handlungen psychischer Gewalt ausgesetzt waren, die sie als bedrohlich erlebt haben. Unter den Männern beträgt der Anteil 31 Prozent.¹⁸⁵

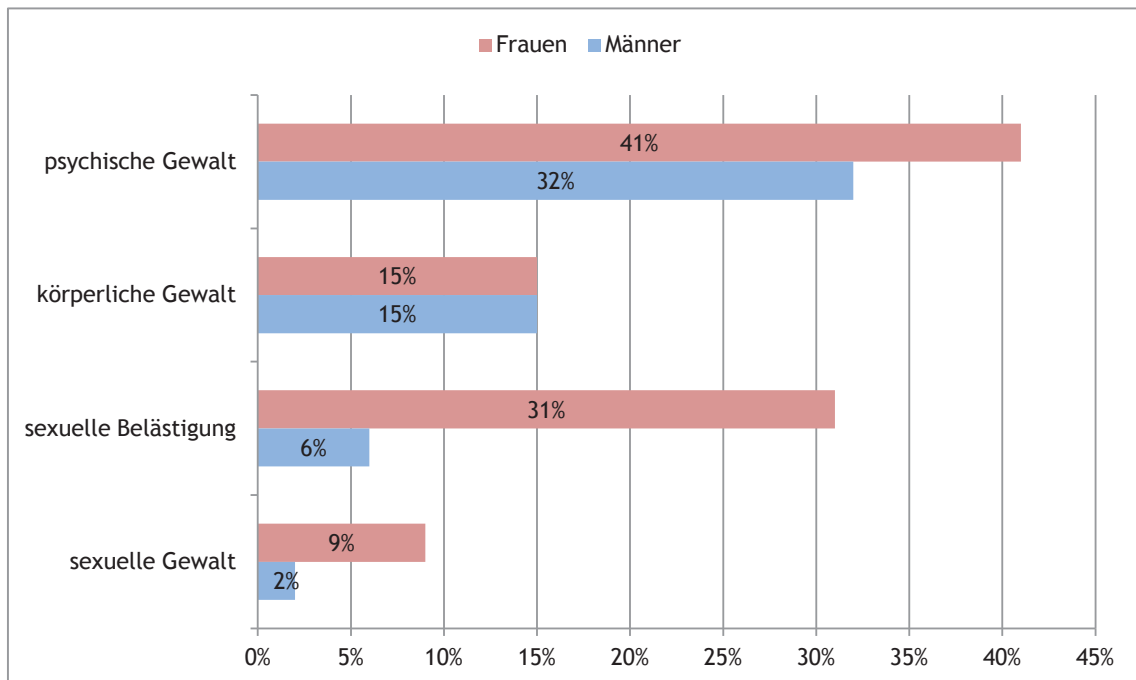
30 Prozent der Frauen und 28 Prozent der Männer geben an, dass sie nach ihrem 16. Lebensjahr körperlichen Übergriffen ausgesetzt waren, die sie als bedrohlich empfunden haben. Männer und Frauen unterscheiden sich vor allem dadurch, dass die Gewalterfahrung der Männer vor allem im öffentlichen Raum stattfindet, während Frauen vor allem im privaten Umfeld (Partnerschaft, Familie) Gewalt erfahren.¹⁸⁶

Sexuelle Belästigung betrifft vor allem Frauen. In Österreich berichten drei Viertel der Frauen (74%) und immerhin rund ein Viertel der Männer (27%), dass sie bereits sexuelle Belästigung erfahren mussten. Als bedrohlich wurde die sexuelle Belästigung von 30 Prozent der Frauen und 6 Prozent der Männer empfunden. Sexuelle Belästigung findet vor allem an öffentlichen Orten statt (Frauen 51% und Männer 13%).¹⁸⁷

30 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer waren nach ihrem 16. Lebensjahr mindestens ein Mal sexueller Gewalt ausgesetzt (z.B. gegen ihren Willen intim berührt, zu sexuellen Handlungen genötigt etc.).¹⁸⁸

In Österreich liegt der Anteil der Frauen, der innerhalb der letzten drei Jahre von psychischer Gewalt betroffen war, bei 41 Prozent. Bei Männern ist der Anteil etwas niedriger (31%). Der Anteil, der in diesem Zeitraum körperliche Gewalt erfahren musste, ist bei Männern und Frauen gleich hoch (jeweils 15 Prozent). Von sexueller Belästigung sind innerhalb von drei Jahren Frauen deutlich häufiger betroffen (32%) als Männer (6%). Weiters sind 9 Prozent der Frauen und 2 Prozent der Männer sexueller Gewalt ausgesetzt.¹⁸⁹

Abbildung 89: Gewalterfahrung innerhalb der letzten drei Jahre in Österreich



Quelle: ÖIF Prävalenzstudie 2011 (Kapella et al. 2011)

¹⁸⁴ Kapella et al. 2011, S. 8-10
¹⁸⁵ Kapella et al. 2011, S. 13
¹⁸⁶ Kapella et al. 2011, S. 14

¹⁸⁷ Kapella et al. 2011, S. 16
¹⁸⁸ Kapella et al. 2011, S. 18
¹⁸⁹ Kapella et al. 2011, S. 21

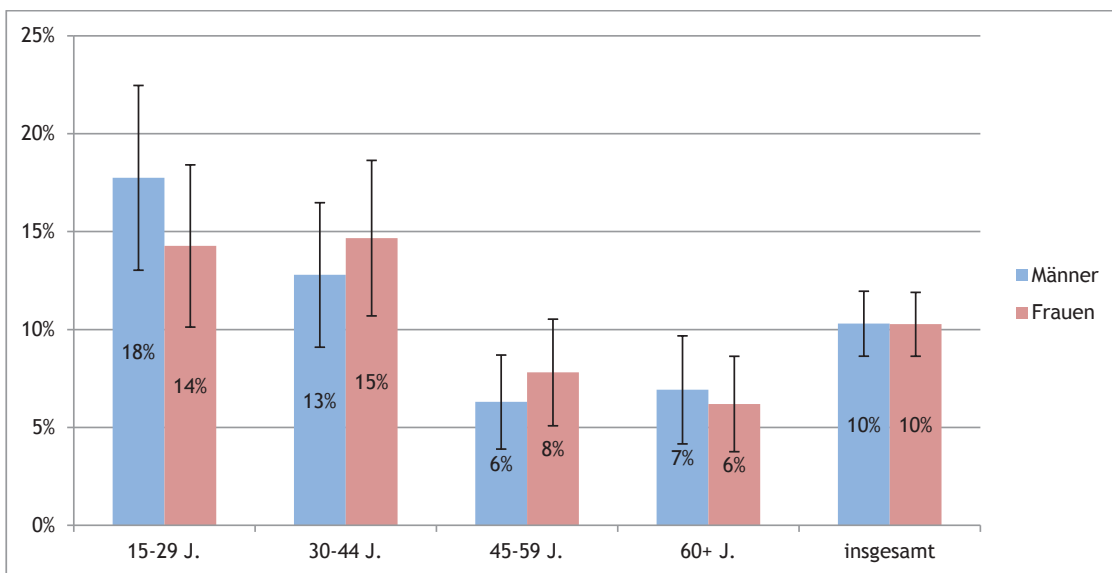
Insgesamt lässt sich festhalten, dass sowohl Männer als auch Frauen in erheblichem Ausmaß psychischer und körperlicher Gewalt ausgesetzt sind. Demgegenüber sind von sexueller Belästigung und sexueller Gewalt vor allem Frauen betroffen. Dennoch sollte nicht ausgeblendet werden, dass auch ein (wenngleich deutlich kleinerer) Teil der Männer betroffen ist.

Hinsichtlich der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit den Wohnbedingungen unterscheiden sich Männer und Frauen nicht wesentlich. In Oberösterreich äußern jeweils 10 Prozent Unzufriedenheit oder höchstens mittelmäßige Zufriedenheit. Bei beiden Geschlechtern sind die jüngeren Altersgruppen (unter 45 Jahren) deutlich unzufriedener als die älteren (siehe Abbildung 90).

3.4.4. Wohnverhältnisse

Im Hinblick auf die subjektive Bedeutung der Wohnbedingungen unterscheiden sich Männer und Frauen nur geringfügig. Frauen schreiben der Wohnsituation bzw. den Wohnbedingungen eine etwas größere Rolle zu (63% sehen einen starken Einfluss auf die Lebensqualität) als Männer (58%).¹⁹⁰

Abbildung 90: Unzufriedenheit mit den Wohnverhältnissen nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (IGP-Berechnungen) „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen“ (Anteile „sehr unzufrieden“ bis „weder noch“)

Die finanzielle Belastung durch die Wohnungskosten kann durch den durchschnittlichen (Median) Anteil des Wohnungsaufwands am Haushaltseinkommen abgebildet werden. In Österreich werden im Durchschnitt 14 Prozent des Haushaltseinkommens für Wohnkosten aufgewendet. Frauen leben im Durchschnitt in Haushalten mit einem etwas höheren Wohnungsaufwand (15% des Haushaltseinkommens) als Männer (13% des Haushaltseinkommens). Da ein Großteil der Bevölkerung mit einem Partner_in in einem Haushalt zusammen lebt, ergeben

sich die Unterschiede vor allem durch spezifische Bevölkerungsgruppen (alleine lebende Männer und Frauen, Alleinerziehende etc.), die gesondert betrachtet werden sollten. Alleine lebende Männer und Frauen wenden im Durchschnitt einen deutlich höheren Anteil des Haushaltseinkommens für das Wohnen auf als Mehrpersonenhaushalte. In Pensionist_innenhaushalten wenden alleine lebende Männer 19 Prozent und alleine lebende Frauen 22 Prozent des Haushaltseinkommens auf, wohingegen Mehrpersonenhaushalte im Durchschnitt einen geringeren

¹⁹⁰ Statistik Austria 2017b, S. 140

Anteil aufwenden (12%). Ähnliches gilt für die übrigen Haushalte. Noch deutlicher zeigen sich die Unterschiede bei Nicht-Pensionist_innen-Haushalten. Hier wenden alleine lebende Männer im Durchschnitt 23 Prozent für Wohnkosten auf, Frauen sogar 28 Prozent, wohingegen Mehrpersonenhaushalte lediglich 12 Prozent des Haushaltseinkommens aufwenden.¹⁹¹ Eine weitere Gruppe, die von überdurchschnittlichen Wohnungsaufwendungen betroffen ist, stellen Einelternhaushalte dar. Diese wenden im Durchschnitt mehr als ein Viertel des Haushaltseinkommens für die Wohnkosten auf.¹⁹² Der Großteil der Einelternhaushalte sind alleinerziehende Frauen (siehe Kapitel 1 Soziodemografie).

Neben der Lebenslage, die teilweise mit unterschiedlichen Lebensbedingungen für Männer und Frauen verknüpft sind, spielen hinsichtlich der Wohnungskosten weitere Faktoren eine Rolle, die für beide Geschlechter gleichermaßen von Bedeutung sind. Im städtischen Bereich sind die Aufwendungen für das Wohnen deutlich höher (Gemeinden über 100.000 Einwohner_innen: 19% des Haushaltseinkommens) als im ländlichen Bereich (Gemeinden bis zu 10.000 Einwohner_innen: 11%). Hinsichtlich des Rechtsverhältnisses der Wohnung haben Haushalte in Eigenheimen bzw. Eigentumswohnungen vergleichsweise geringe Belastungen durch die Wohnkosten (10% bzw. 13% des Haushaltseinkommens). Im Vergleich dazu wenden Haushalte in Gemeindewohnungen (22%), in Genossenschaftswohnungen (21%) und in sonstigen Mietwohnungen (25%) einen deutlich höheren Anteil für das Wohnen auf. Natürlich ist auch das Haushaltseinkommen als solches von Bedeutung. Haushalte mit niedrigem Haushaltseinkommen (unter 60% des Median) geben im Durchschnitt ein Drittel für Wohnkosten aus (33% des Haushaltseinkommens), wohingegen der Anteil in der Gruppe mit hohem Einkommen (ab 180% des Medianeinkommens) deutlich geringer ist (7%).¹⁹³

Hinsichtlich der Lärmbelastung im Wohnbereich (tagsüber oder nachts) geben ähnlich viele Frauen und Männer eine starke oder sehr starke Störung an (Männer 11%, Frauen 12%).¹⁹⁴ Allerdings gibt ein deutlich höherer Teil der belasteten Frauen an, dass sie aufgrund der Lärmbelastung nicht bei offenem Fenster schlafen können (30%), als dies bei betroffenen Männern der Fall ist (24%). Eine Lärmbelastung, die es nicht erlaubt, bei geöffnetem Fenster zu schlafen, scheint zudem für Frauen mit einer stärkeren Einschränkung des Wohlbefindens verbunden zu sein, als dies bei Männern der Fall ist: 32 Prozent der betroffenen Frauen, aber nur 13 Prozent der betroffenen Männer geben diesbezüglich eine sehr starke Beeinträchtigung des Wohlbefindens an.¹⁹⁵

3.4.5. Mobilität

Mobilität und Verkehr sind in vielerlei Hinsicht von wesentlicher Relevanz für die Gesundheit der Bevölkerung. Einerseits stellen angemessene Verkehrs- und Transportmittel eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit der Menschen dar. In diesem Zusammenhang sind zum Beispiel der Zugang zu Arbeitsplätzen, Bildungs- und Freizeitangeboten zu nennen. Aber auch für die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen und die soziale Einbindung sind ausreichende Fortbewegungsmöglichkeiten eine wesentliche Voraussetzung. Auf einer Makroebene sind Verkehrs- und Transportmittel für den gesellschaftlichen Wohlstand und das Wirtschaftswachstum von Bedeutung und somit für die Gesundheitschancen relevant.¹⁹⁶

Demgegenüber ergeben sich aus den verschiedenen Formen der Mobilität bzw. der Verkehrsinfrastruktur auch Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden. Dies betrifft nicht nur die durch Verkehrsunfälle bedingten Verletzungen und Todesfälle. Hinsichtlich der Lebensgewohnheiten der Bevölkerung geht der hohe Motorisierungsgrad mit einem Rückgang an körperlicher Aktivität im Alltag einher und verringert dadurch das Ausmaß gesundheitsförderlicher Bewegung. Weiters ergeben sich (insbesondere durch die große Bedeutung des motorisierten Individualverkehrs) verschiedene Gesundheitsbeeinträchtigungen infolge der Luftverschmutzung (verkehrsbedingte Abgase und Staub) oder durch Lärmentwicklung. Die Emission von Treibhausgasen verstärkt den Klimawandel, der mit verschiedenen potenziellen Gesundheitsfolgen verbunden ist (z.B. Hitzewellen, Ausbreitung von Erkrankungen infolge der Verschiebung der Klimazonen etc.). Schließlich erhöht der Ausbau der Verkehrsinfrastruktur den Bodenverbrauch und ist eine potenzielle Gefahr für die naturnahe Landschaft als Gesundheitsressource (z.B. Bodenversiegelung, Landschaftszerstörung, Verlust an verfügbarem öffentlichen Raum durch Parkplätze und Verkehrsflächen im Ballungsraum, Verlust an Erholungsräumen und Grünflächen etc.).¹⁹⁷

Ein Fünftel (21%) der oberösterreichischen Bevölkerung ist mit den zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln unzufrieden oder höchstens mittelmäßig zufrieden. Männer (21%) und Frauen (20%) unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich (siehe Abbildung 91). Sowohl bei Frauen als auch bei Männern ist der Anteil der Unzufriedenen in Gebieten mit mittlerer oder niedriger Bevölkerungsdichte höher als in Gebieten mit hoher Bevölkerungsdichte.

¹⁹¹ Statistik Austria 2016, S. 84

¹⁹² Statistik Austria 2016, S. 84

¹⁹³ Statistik Austria 2016, S. 84-85

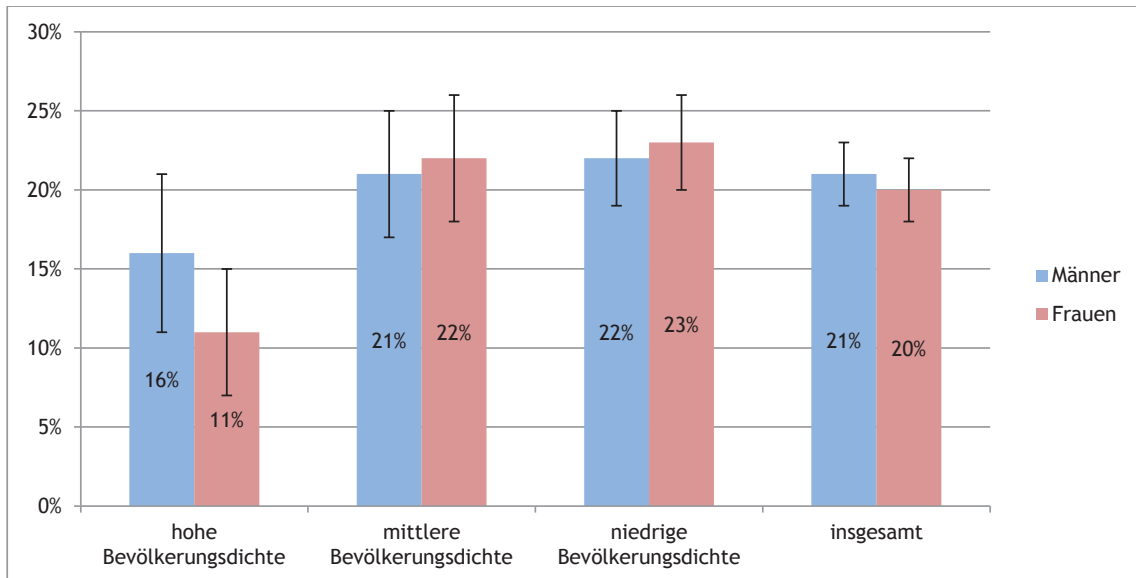
¹⁹⁴ Statistik Austria 2017b, S. 143

¹⁹⁵ Statistik Austria 2017b, S. 143-150

¹⁹⁶ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014. Neuhold 2015, S. 34

¹⁹⁷ World Health Organization, Regional Office for Europe 2014, S. 5-6

Abbildung 91: Unzufriedenheit mit den verfügbaren Verkehrsmitteln nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (IGP-Berechnungen; oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre., „Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen“ (Anteile „sehr unzufrieden“ bis „weder noch“))

Männer nutzen deutlich häufiger das Auto als Verkehrsmittel. In Österreich sind 41 Prozent der Männer täglich als Lenker mit dem Auto unterwegs, wohingegen der Anteil bei den Frauen lediglich 26 Prozent beträgt. Andererseits nutzen Frauen häufiger öffentliche Verkehrsmittel (18% täglich) als Männer (12%).¹⁹⁸ Daraus erklärt sich möglicherweise auch, dass im urbanen Raum mit hoher Bevölkerungsdichte Frauen tendenziell weniger Unzufriedenheit mit den Beförderungsmitteln äußern (11%) als Männer (16%; Abbildung 91).

3.4.6. Zeitressourcen

Verfügbare Zeit kann als eine wesentliche Gesundheitsressource aufgefasst werden. Beispielsweise haben mehr als ein Viertel der Österreicher_innen häufig das Gefühl „gehetzt“ zu sein.¹⁹⁹

In der Zeiterfassungstudie der Statistik Austria wird zwischen sieben Hauptgruppen von Tätigkeiten unterschieden:

- Persönliche Tätigkeiten umfassen Schlafen, Essen, Körperpflege, Entspannung, persönliche medizinische Versorgung und Wellness zu Hause sowie die Wege im Rahmen dieser Tätigkeiten.
- Berufliche Tätigkeiten sind die Haupt- oder Nebenerwerbstätigkeit oder sonstige berufliche Tätigkeit, inklusive der damit verbundenen Pausen und der in diesem Rahmen zurückgelegten Wege.

- Unter Schule und Weiterbildung fallen Unterricht, Vorlesungen, Lernen, Unterrichtsvorbereitung, berufliche oder sonstige Weiterbildung inkl. der dazugehörigen Pausen und der damit verbundenen Wege.
- Arbeiten für Haushalt und Wohnung umfassen verschiedenste Tätigkeiten wie bspw. Kochen, Konservieren, Geschirrspülen, Küchenarbeiten, Müllentsorgung, Aufräumen, Putzen, Gartenarbeiten, Pflege von Haustieren, Reparaturen etc. aber auch Einkaufen, Behördenwege, medizinische und sonstige Dienstleistungen, Haushaltsorganisation sowie die mit diesen Tätigkeiten verbundenen Wege.
- Soziale Kontakte und Freiwilligenarbeit beinhaltet Gespräche im oder außerhalb des Familienkreises, Kommunikation (z.B. Telefonieren, E-Mail oder Briefe etc.), Ausgehen, private Partys und Familienfeste, Versorgung von Kindern (Füttern, medizinische Versorgung, Spielen etc.), Versorgung von kranken oder pflegebedürftigen Erwachsenen, formelle Freiwilligenarbeit, informelle Hilfe, Teilnahme an (z.B. religiösen oder politischen) Veranstaltungen usw. sowie die damit verbundenen Wege.
- Unter Freizeitaktivitäten fallen kulturelle Aktivitäten, Unterhaltung, öffentliche Festveranstaltungen, Ausflüge, Fitness, Gymnastik, Radfahren (als Sport, nicht als Fortbewegungsmittel), Hobbys, Fischen/Jagen, Sammeln, Spiele, Mediennutzung (Fernsehen, Lesen, Informationsbeschaffung mit Computer) etc.

¹⁹⁸ Statistik Austria 2017b, S. 12

¹⁹⁹ Fiala et al. 2010, S. 20

Sonstige Zeit stellt eine Restkategorie dar.²⁰⁰ Da es möglich ist, mehrere Tätigkeiten gleichzeitig auszuüben, wird in der Erhebung zwischen Haupt- und Nebentätigkeiten unterschieden. Nachfolgend wird nur die Verteilung der Zeitressourcen auf Haupttätigkeiten betrachtet.

Im Durchschnitt entfallen 3 Std. 30 Min. täglich auf berufliche Tätigkeiten (wobei diese auf 41,7 Prozent Berufstätige mit durchschnittlich 8 Std. 24 Min. pro Tag zurückgehen). Hinzu kommen 42 Min. pro Tag für Schule und Weiterbildung (die auf 11,3 Prozent der Bevölkerung über 10 Jahre zurückgehen, welche eine Schule oder Weiterbildung besuchen und durchschnittlich rund 6 Std./Tag dafür aufwenden). Knapp 3 Std. werden pro Tag für die Haushaltsführung verwendet sowie rund 2 Std. für soziale Kontakte, Kinderbetreuung und Freiwilligenarbeit. Für Freizeitaktivitäten im engeren Sinn stehen durchschnittlich 3 Std. 45 Minuten täglich zur Verfügung.²⁰¹

Gesellschaftliche Verteilung der Zeitressourcen auf Männer und Frauen

Auf Frauen entfällt etwas mehr Zeit für persönliche Tätigkeiten (11 Std. 12 Min) als auf Männer (10 Std. 53 min). Entsprechend der geringeren Beschäftigungsquote und dem hohen Anteil der Teilzeitbeschäftigten entfällt auf Frauen weniger Zeit für berufliche Tätigkeiten (2 Std. 40 Min.) als auf Männer (4 Std. 24 Min.). Deutlich höher ist die Zeit, die von Frauen für die Haushaltsführung aufgewendet wird (3 Std. 42 Min.) als die von Männern (1 Std. 58 Min.). Auf Frauen entfällt auch etwas mehr Zeit für soziale Kontakte, Kinderbetreuung und Freiwilligenarbeit (2 Std. 15 Min.) als auf Männer (1 Std. 53 Min.).

Tabelle 2: Zeitverwendung der Bevölkerung ab dem Alter von 10 Jahren in Österreich

Zusammengefasste Haupttätigkeiten	Frauen			Männer			Insgesamt		
	Ø	Anteil der Ausübenden	Ø Ausübende	Ø	Anteil der Ausübenden	Ø Ausübende	Ø	Anteil der Ausübenden	Ø Ausübende
	Std:Min	in %	Std:Min	Std:Min	in %	Std:Min	Std:Min	in %	Std:Min
Persönliche Tätigkeiten	11:12	100,0	11:12	10:53	99,9	10:54	11:03	100,0	11:03
Berufliche Tätigkeiten	02:40	35,5	07:31	04:24	48,4	09:05	03:30	41,7	08:24
Schule, Weiterbildung	00:39	11,5	05:41	00:44	11,0	06:37	00:42	11,3	06:08
Haushaltsführung	03:42	92,2	04:01	01:58	74,3	02:39	02:52	83,5	03:25
Soziale Kontakte, Kinderbetreuung, Freiwilligenarbeit	02:15	76,2	02:56	01:53	69,1	02:43	02:04	72,8	02:50
Freizeitaktivitäten	03:27	93,4	03:42	04:04	93,3	04:21	03:45	93,4	04:01
Nicht zuordenbare Zeiten	00:05	10,0	00:49	00:05	10,0	00:50	00:05	10,0	00:49

Quelle: Ghassemi 2009, S. 120; durchschnittliche Zeitverwendung pro Tag nach zusammengefassten Haupttätigkeiten; Personen ab 10 Jahren (Montag - Sonntag)

Den größten Teil der für persönliche Tätigkeiten aufgewendeten Zeit nimmt Schlaf und Nachtruhe ein. Weitere Informationen zu gesundem Schlaf sind im Kapitel 2.3.11 zu finden.

Freizeit

Freizeit im engeren Sinn ist die Zeit, die nicht für notwendige Tätigkeiten oder (bezahlte bzw. unbezahlte) Arbeit aufgewendet wird. Sie umfasst bei Männern im Durchschnitt rund 4 Std. und bei Frauen rund 3 ½ Std. täglich. Diese Freizeit steht für Kultur, Sport oder Unterhaltung zur Verfügung.²⁰²

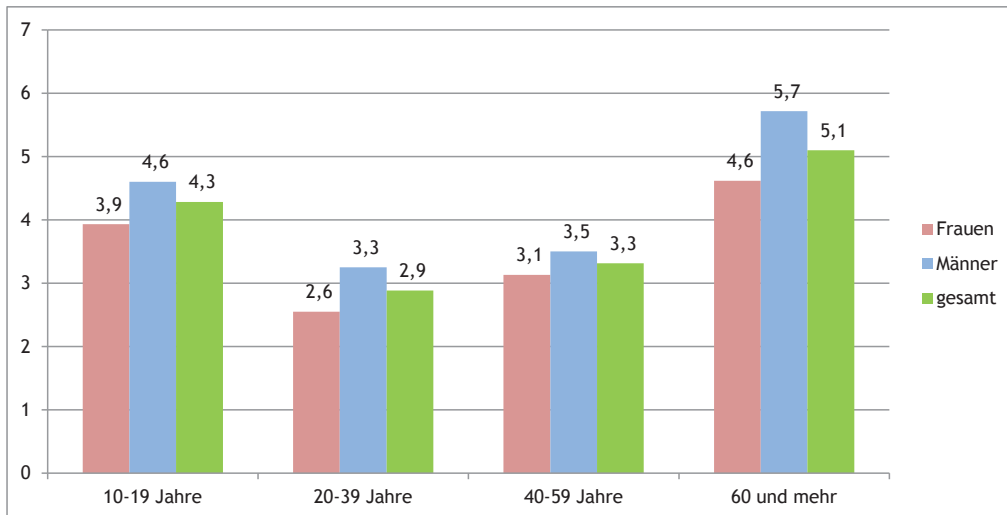
²⁰⁰ Ghassemi 2009, S. 105
²⁰¹ Ghassemi 2009, S. 120

²⁰² Ghassemi 2009, S. 17

Nach Altersgruppen verfügen ältere Menschen über 60 Jahre über ein höheres Maß an frei gestaltbarer Zeit (5,1 Stunden). Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 19 Jahren verfügen im Durchschnitt über 4,3 Stunden pro

Tag. Die wenigste Freizeit haben Menschen der mittleren Altersgruppen (20 bis 39 Jahre 2,9 Std./Tag und 40 bis 59 Jahre 3,3 Std./Tag). In allen Altersgruppen verfügen Männer über ein höheres Ausmaß an freier Zeit.

Abbildung 92: Freizeit nach Alter und Geschlecht in Österreich

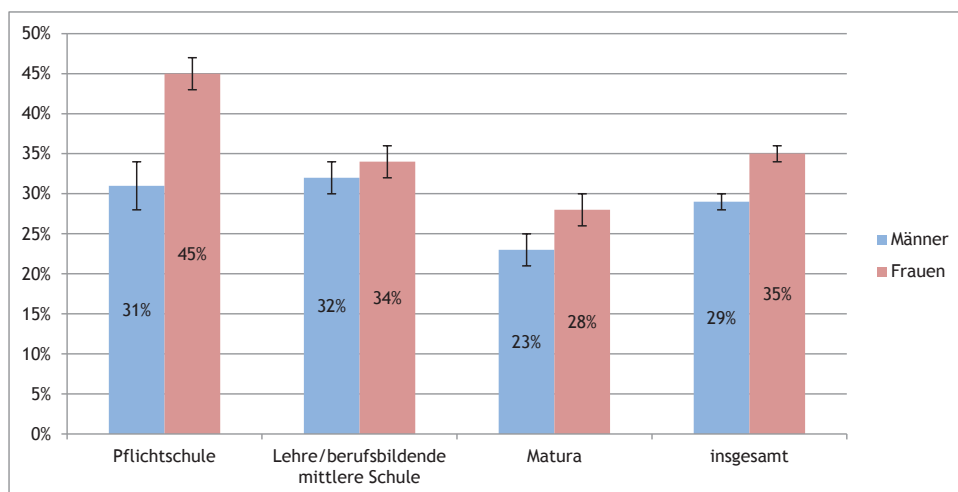


Quelle: Ghassemi 2009, S. 123; durchschnittliche Freizeit pro Tag in Stunden (Montag - Sonntag)

Insgesamt ist in Oberösterreich der Anteil der Frauen, die zu wenig Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten bekunden, etwas höher (35%) als bei den Männern (29%). Insbesondere Frauen mit Pflichtschulabschluss sehen deutlich häufiger Probleme hinsichtlich der Freizeitmöglichkeiten (45%) als die Männer mit gleichem Bildungsabschluss

(31%). In der Gruppe mit mittlerem Bildungsgrad unterscheiden sich Männer und Frauen diesbezüglich nicht wesentlich (32% bzw. 34%). Unter den Personen mit höherem Bildungsabschluss sehen 28 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer Mängel im Hinblick auf die Freizeitmöglichkeiten.

Abbildung 93: Mangelnde Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten nach Bildungsgrad in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 (IGP-Berechnungen; oberösterreichische Bevölkerung ab 15 Jahre; „Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten“ (Anteile „überhaupt nicht“ bis „halbwegs“)

Factbox

- Die Männerrolle hat sich im Vergleich zur Rolle der Frauen in den letzten Jahren hinsichtlich der Arbeit wenig verändert. Unterschiedliche Theorien gehen davon aus, dass eine Kumulation von verschiedenen Aufgaben (wie sie mit der Frauenrolle häufig einhergeht) mit erhöhtem Stress verbunden ist und sich damit negativ auf die Gesundheit auswirkt, oder eine größere Vielfalt an Aufgaben mit positiven Gesundheitseffekten verknüpft ist. Die Qualität der Aufgaben und deren Rahmenbedingungen sind aber mindestens genauso ausschlaggebend für die Gesundheit.
- Körperliche Belastungen in der Arbeit betreffen im Allgemeinen Männer stärker als Frauen, Zeitdruck bzw. Arbeitsüberlastung betreffen Männer etwas häufiger als Frauen. Nach wie vor wird die Hauptverantwortung für Haushalts- und Betreuungsaufgaben den Frauen überlassen. Frauen wenden durchschnittlich fast 26 Stunden, Männer ca. 14 Stunden pro Woche für Hausarbeit auf. Auch mit den Kindern verbringen Frauen mehr Zeit (Frauen 16,5; Männer 8,1 Stunden pro Woche in Paarhaushalten mit Kindern unter 16 Jahren). In der Freiwilligenarbeit ist der Anteil bei den Männern (vor allem innerhalb von Organisationen) höher als jener der Frauen.
- Informelle Pflege- und Unterstützungsleistungen werden vor allem von Frauen, in etwas geringerem Umfang aber auch von Männern erbracht. Im Hinblick auf die Betreuung im Krankheitsfall können Frauen in geringerem Umfang auf den/die PartnerIn zurückgreifen als Männer. Demgegenüber spielt für Frauen die Betreuung durch die Tochter bzw. Schwiegertochter eine größere Rolle als für Männer. Frauen sind auch häufiger auf die Inanspruchnahme von professionellen Diensten angewiesen.
- Die soziale Unterstützung ist bei Männern und Frauen annähernd gleich hoch (Anteil hohe soziale Unterstützung Frauen: 54%, Männer 57%). Auch die Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen und der Unterstützung durch den Freundeskreis liegt bei Männern und Frauen ähnlich hoch bei ca. 80 Prozent. Frauen haben mehr regelmäßigen Kontakt zu Verwandten und zum Freundeskreis als Männer.
- Frauen und Männer waren in ihrer Kindheit in etwa gleich viel mit körperlicher oder psychischer Gewalt konfrontiert, von sexueller Gewalt waren mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen. Innerhalb der letzten drei Jahre waren - mit Ausnahme der körperlichen Gewalt - Frauen häufiger von Gewalterfahrungen betroffen als Männer (psychische Gewalt, sexuelle Belästigung, sexuelle Gewalt).
- Die Zufriedenheit mit den Wohnbedingungen ist bei Männern und Frauen annähernd gleich. Allein lebende Männer und Frauen haben höhere finanzielle Belastung durch Wohnungskosten. Im Durchschnitt wenden allein lebende Männer 23 Prozent und allein lebende Frauen (bei Nicht-Pensionist_innen) 28 Prozent des Einkommens für Wohnkosten auf (Mehrpersonenhaushalte 12%)
- 41 Prozent der Männer und 26 Prozent der Frauen sind täglich als Lenker_in mit dem Auto unterwegs. Die Zufriedenheit mit den zur Verfügung stehenden Beförderungsmitteln ist bei Männern und Frauen annähernd gleich (ca. 80%).
- Frauen benötigen mehr Zeitressourcen für persönliche Tätigkeiten, Haushaltsführung und soziale Kontakte, Kinderbetreuung und Freiwilligenarbeit, während Männer mehr Zeitressourcen für berufliche Tätigkeiten aufwenden. Männer verfügen in allen Altersgruppen über ein höheres Ausmaß an freier Zeit.

3.5. Sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten

Soziale und wirtschaftliche Einflussfaktoren wirken sich erheblich auf die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung aus. Die Chancen, gesund zu bleiben und ein hohes Alter zu erreichen, hängen wesentlich von den Bedingungen ab, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Diese Lebensbedingungen sind maßgeblich durch Verteilung von gesellschaftlichen Ressourcen bedingt, d.h. von den Zugangschancen zu Geld (Einkommen, Vermögen), Bildung, Macht (z.B. Rechte, politische Partizipation, Einfluss auf die eigenen Lebensumstände) und sozialer Wertschätzung und Anerkennung (Prestige).

Weitgehend bekannt ist, dass mit sozialer Ungleichheit auch gesundheitliche Ungleichheit einhergeht. Die ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen betrifft jedoch nicht nur einzelne Bevölkerungsgruppen sondern zieht sich quer durch die gesamte Bevölkerung (sozialer Gradient). Je höher die soziale Position desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit für ein längeres und gesünderes Leben (sozialer Gradient). Personen mit höherem sozioökonomischen Status weisen ein geringeres Erkrankungs- und Sterberisiko auf als solche mit mittlerem. Noch stärker betroffen sind Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status und stark benachteiligte bzw. ausgrenzungsgefährdete Bevölkerungsgruppen (z.B. Randgruppen, arme und armutsgefährdete Menschen etc.). Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheitschancen unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen sind in allen Gesellschaften vorzufinden, allerdings in sehr unterschiedlichem Ausmaß. So weisen Staaten mit geringeren sozialen Unterschieden bzw. einer besseren Abfederung durch sozialpolitische Maßnahmen (z.B. Schweden, Dänemark) einen geringeren sozialen Gradienten im Gesundheitszustand auf als Länder mit großer sozialer Ungleichheit und weniger ausgebautem Sozialstaat (z.B. USA, Polen). Österreich ist diesbezüglich eher der ersten Gruppe zuzuordnen. Dennoch sind die sozialen Unterschiede in den Gesundheitschancen erheblich.

Die Wirkungspfade, über die sich soziale Ungleichheit auf die Gesundheitschancen auswirken, sind vielfältig und können auf individueller Ebene variieren. Relevante Wirkungspfade sind in den materiellen Lebensbedingungen (z.B. Umweltbelastungen, berufliche Schadstoffexposition, Wohnqualität, Erholungsmöglichkeiten etc.), im sozialen Zusammenhalt (z.B. soziale Ausgrenzung, Diskriminierung), in psychosozialen Faktoren (z.B. psychosozialer Stress, Gratifikationskrisen,²⁰³ Selbstwirksamkeitserwartung,²⁰⁴ Schamgefühle und Kränkungen etc.), in gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen

(z.B. körperliche Aktivität, Ernährung etc.) sowie in biologischen Faktoren (z.B. durch soziale Faktoren bedingte Beeinträchtigung, physische Risikofaktoren wie Adipositas, metabolisches Syndrom etc.) zu finden. Die genannten Einflussbereiche können sich gegenseitig verstärken bzw. abschwächen und stehen zueinander in einem komplexen Wechselspiel.²⁰⁵

Aus der ungleichen Verteilung von Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Bevölkerung ergibt sich in der Folge eine ungleiche Verteilung von Gesundheit und Lebensqualität in verschiedenen sozialen Gruppen.

Der Gesundheitszustand kann auf die soziale Position der Betroffenen zurückwirken, z.B. durch sozialen Abstieg von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen. So können sich Unterschiede in den Gesundheitschancen über den Lebenslauf hinweg verstärken. Daher ist die Entstehung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Ablauf der verschiedenen Lebensphasen zu berücksichtigen (Lebenslaufperspektive).²⁰⁶

Manche dieser Wirkungspfade, die am Entstehen gesundheitlicher Ungleichheit beteiligt sind, werden an anderer Stelle des vorliegenden Berichtes angesprochen, z.B.:

- Der Tabakkonsum ist bei Männern und Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status verbreiteter als bei solchen mit höherem (siehe 3.3.3 Tabakkonsum).
- Das Ausmaß gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität in der Freizeit ist bei Männern und Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status geringer als bei solchen mit höherem (siehe Kapitel 3.3.1 Körperliche Aktivität).
- Zwar ist der regelmäßige Konsum von Alkohol unter Personen mit höherem sozioökonomischen Status verbreiteter (Siehe Kapitel 3.3.4 Alkoholkonsum). Dennoch sind Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status stärker durch von alkoholassoziierten Erkrankungen betroffen. Dies kann teilweise durch ungünstigere Konsummuster erklärt werden.²⁰⁷ Es gibt aber auch Belege dafür, dass bei gleicher Alkoholkonsummengen und gleichen -konsummestern für Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status ein höheres Risiko im Hinblick auf alkoholassoziierte Erkrankungen besteht als für solche mit höherem Status.²⁰⁸ Letzteres könnte mit einer allgemein höheren Vulnerabilität aufgrund der ungünstigeren Lebensumstände zusammenhängen.
- Das Risiko für Adipositas und Übergewicht ist für Männer und Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status größer als für Angehörige mit höherem Status (siehe Kapitel 2.3.12 Adipositas und Übergewicht).

²⁰⁵ Marmot 2014, S. 5. Commission on Social Determinants of Health 2007. Richter und Hurrelmann 2007. Brunner 2007

²⁰⁶ Lampert et al. 2016, S. 158

²⁰⁷ Angehörige oberer Schichten weisen häufiger Trinkgelegenheiten mit leichtem bis moderatem Alkoholkonsum auf, wohingegen Angehörige unterer Schichten eher seltener, dafür größere Mengen Alkohol konsumieren (Binge-Drinking, „Rauschtrinken“). Blas et al. 2010, S. 17

²⁰⁸ Blas et al. 2010, S. 18

²⁰³ Erfahrungen wiederholter Verausgabung bei vergleichsweise niedriger Belohnung werden Gratifikationskrisen genannt (Siegrist 1995, S. 121).

²⁰⁴ Selbstwirksamkeits- beziehungsweise Kompetenzerwartungen bezeichnen das Vertrauen eines Individuums in seine Fähigkeiten, ein Verhalten selbst adäquat ausführen zu können (Hornung 1997, S. 31).

- Unzureichende Schlafqualität ist (unabhängig vom Geschlecht) bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status häufiger anzutreffen als bei höherem Status (siehe Kapitel 2.3.11 Schlaf und Schlafstörungen).
- Hinsichtlich der Erholung und Entspannung in der Freizeit sind ausreichende Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten für Personen mit höherem sozioökonomischen Status in geringerem Ausmaß verfügbar als für Personen mit höherem Status (siehe Kapitel 3.4.6).
- Insbesondere Männer mit niedrigerem sozioökonomischen Status sind deutlich häufiger von Arbeitsunfällen betroffen (siehe Kapitel 2.3.6 Verletzungen durch Unfälle).

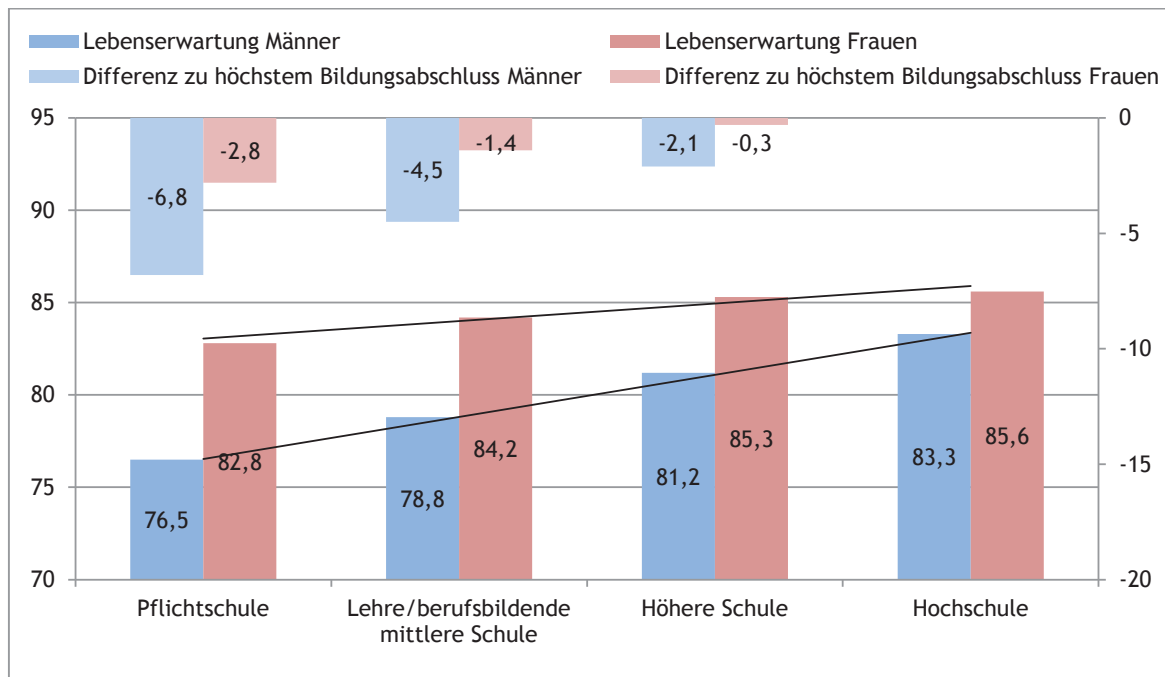
Auch hinsichtlich des Gender-Selbstkonzepts zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Statusgruppen. Männer und Frauen mit niedrigerem sozioökonomischen Status weisen häufiger ein indifferentes Gender-Selbstkonzept auf, während ein maskulines/instrumentelles Selbstkonzept häufiger bei höherem sozioökonomischen

Status vorzufinden ist. Ein maskulin/instrumentelles Selbstkonzept korreliert wiederum mit höherer Lebensqualität und stärkerer Zufriedenheit mit der Gesundheit, wohingegen ein indifferentes Gender-Selbstkonzept eher mit geringerer Lebensqualität und geringerer Zufriedenheit mit der Gesundheit assoziiert ist (siehe Kapitel 3.2.3 Geschlechterrollen-Selbstkonzept).

Lebenserwartung

Die Lebenserwartung von Männern mit Hochschulabschluss ist in Österreich um 4,5 Jahre höher als die von Männern mit mittlerem Bildungsgrad und um 6,8 Jahre höher als bei Männern mit Pflichtschulabschluss. Unter Frauen ist der soziale Gradient nicht so stark ausgeprägt wie unter Männern, aber dennoch deutlich. Im Vergleich zu Hochschulabsolventinnen haben Frauen mit mittlerem Bildungsgrad eine um 1,4 Jahre und Frauen mit Pflichtschulabschluss eine um 2,8 Jahre geringere Lebenserwartung aufzuweisen (siehe Abbildung 94).

Abbildung 94: Lebenserwartung bei der Geburt nach Bildungsgrad in Österreich



Quelle: Klimont, Klotz, (2016)

Gesunde Lebenserwartung

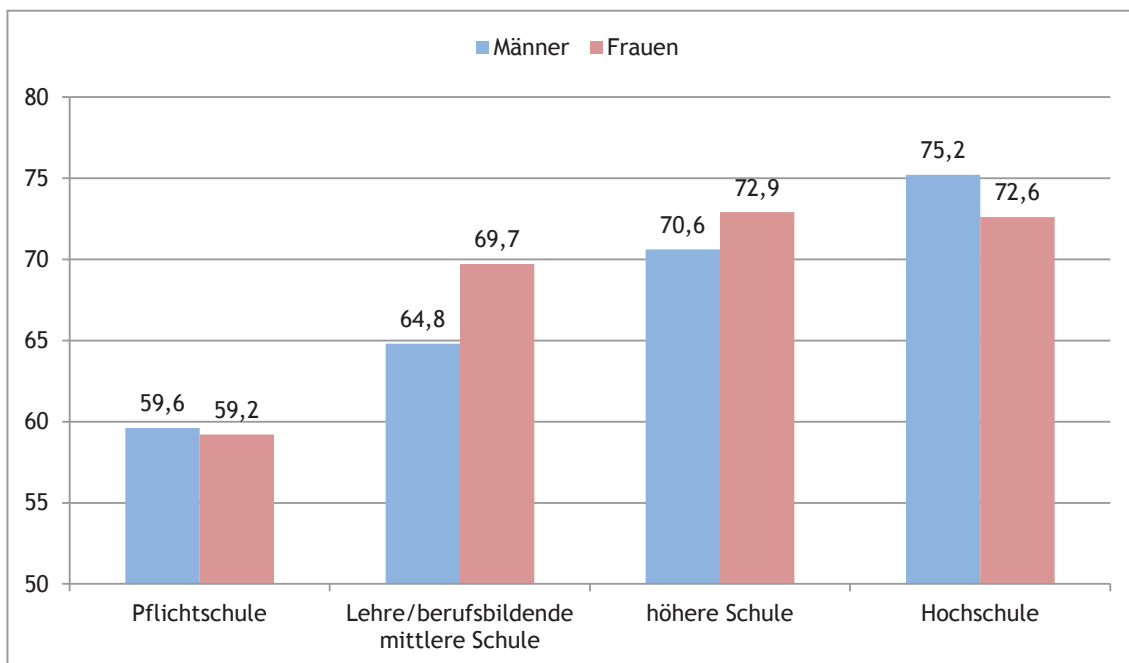
Die gesunde Lebenserwartung (bzw. die fernere Lebenserwartung in Gesundheit einer bestimmten Altersgruppe) wird aus der Mortalitätsstatistik sowie aus Befragungsdaten zum Gesundheitszustand der Bevölkerung berechnet. Im Rahmen der Gesundheitsziele Österreich 2012-2032 wird dieser Indikator im Zusammenhang mit dem Ziel 2: „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen“ zur Erfassung eines Wirkungsziels verwendet.²⁰⁹

In Österreich verbringen Männer im Durchschnitt 65,9 Jahre bei gutem bzw. sehr gutem Gesundheitszustand. Trotz der deutlich höheren Lebenserwartung ist die gesunde Lebenserwartung der Frauen nur geringfügig höher als die der Männer (66,6 Jahre). Frauen verbringen demnach mehr Lebensjahre bei (sehr) schlechtem oder höchstens mittelmäßigem Gesundheitszustand (17,1 Jahre) als Männer (13,0 Jahre).²¹⁰

Ähnlich wie bei der Lebenserwartung zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein deutlicher sozialer Gradient im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung (siehe Abbildung 95). In der Bevölkerungsgruppe mit Hochschulabschluss verbringen Männer im Durchschnitt 75,2 Jahre und Frauen 72,6 Jahre bei Gesundheit. Die

mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbrachte Lebenszeit ist bei den Männern in dieser Gruppe geringer (8,1 Jahre) als bei Frauen (13,0 Jahre). Demgegenüber ist die gesunde Lebenserwartung in der Gruppe mit Pflichtschulabschluss deutlich geringer und es zeigen sich kaum geschlechtsbezogene Unterschiede (Männer 59,6 Jahre, Frauen 59,2 Jahre). Aufgrund der deutlich geringeren Lebenserwartung der Männer sind die zu erwartenden Lebensjahre mit gesundheitlichen Einschränkungen bei den Frauen dieser Bildungsgruppe deutlich höher (23,6 Jahre) als bei den Männern (16,9 Jahre). Im Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen mit mittlerem Bildungsgrad am größten. Die Lebenserwartung bei guter Gesundheit beträgt bei Männern mit Lehrabschluss bzw. berufsbildender mittlerer Schule (BMS) 64,8 Jahre, die der Frauen mit gleichem Bildungsgrad 69,7 Jahre. Die zu erwartenden Lebensjahre bei schlechtem oder höchstens mittelmäßigem Gesundheitszustand unterscheiden sich in dieser Gruppe kaum (Männer 14,0 Jahre und Frauen 14,5 Jahre).

Abbildung 95: Lebenserwartung bei (sehr) guter Gesundheit nach Bildungsgrad in Österreich



Quelle: Statistik Austria (Klimont und Klotz 2016)

²⁰⁹ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2017a, S. 22

²¹⁰ Klimont und Klotz 2016

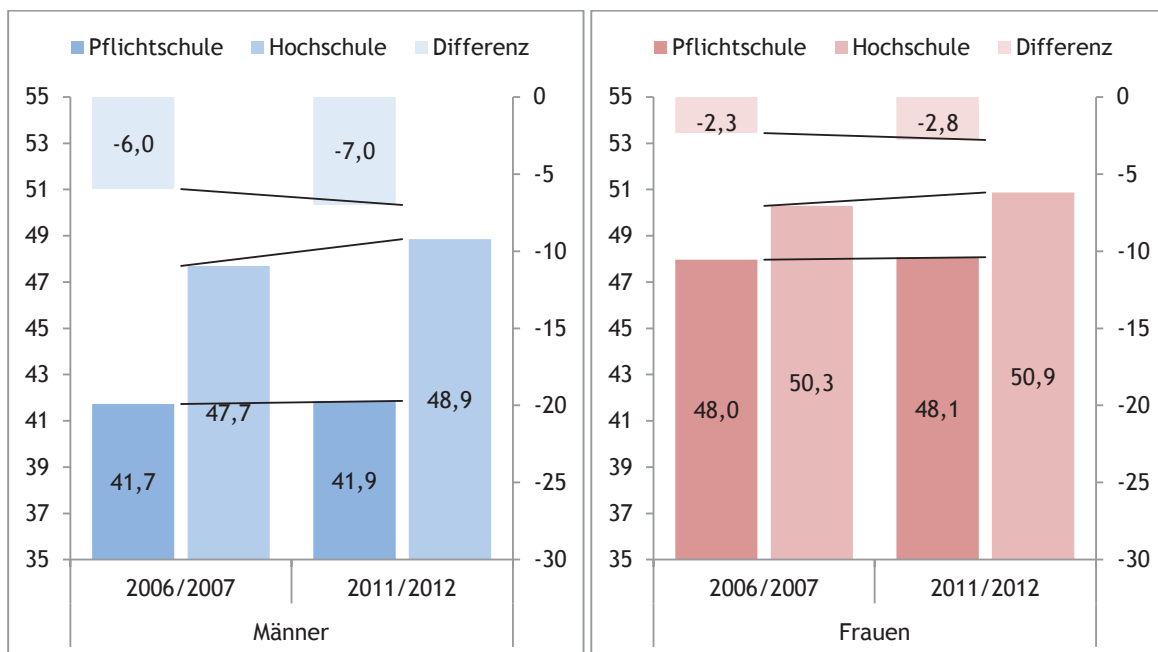
Aktueller Trend der gesundheitlichen Ungleichheit

Häufig wird die Ansicht vertreten, dass gesundheitliche Ungleichheit vor allem dadurch bedingt ist, dass Personen mit höherem sozioökonomischen Status verbesserte Gesundheitschancen, im Sinne einer gesellschaftlichen Voreiterrolle, früher wahrnehmen und längerfristig auch die übrigen Bevölkerungsgruppen in ähnlicher Weise von den Gesundheitsgewinnen profitieren. Derzeit häufen sich allerdings aus verschiedenen Ländern Befunde, dass sich die Wahrscheinlichkeiten, gesund alt zu werden, nicht annähern, sondern die Unterschiede im Zunehmen begriffen sind. Auch für Österreich legen die Befunde nahe, dass sich in den letzten Jahren eine Verschärfung der gesundheitlichen Unterschiede abzeichnet.

In den 1980er und 1990er Jahren ist in Österreich die Lebenserwartung für alle Bildungsgruppen angestiegen. Der soziale Gradient, also die mit geringerem Bildungsgrad sukzessiv abnehmende Lebenserwartung, ist jedoch im Wesentlichen gleich geblieben. Zwar hat sich die ungleiche Verteilung der Lebenserwartung zwischen den Bildungsgruppen in den 1980er Jahren etwas erhöht, was durch einen gegenläufigen Trend in den 1990er Jahren aber wieder kompensiert wurde.²¹¹

In den letzten Jahren ist eine Zunahme des sozialen Gradienten zu beobachten, vor allem bei Männern. 2006/07 konnten 35-jährige Männer mit Hochschulabschluss im Durchschnitt mit 47,7 weiteren Lebensjahren rechnen. Bis 2011/12 ist eine Zunahme um 1,2 Jahre zu beobachten. Demgegenüber ist bei Männern mit Pflichtschulabschluss keine nennenswerte Zunahme zu verzeichnen (0,2 Jahre). Die Differenz hat also um ein Jahr zugenommen (von 6 auf 7 Jahre). Bei Frauen ist der Abstand zwischen den Bildungsgruppen um ein halbes Jahr angestiegen (Abbildung 96).²¹²

Abbildung 96: Fernere Lebenserwartung mit 35 Jahren nach Bildungsgrad in Österreich



Quelle: Klotz, Asamer (2014)

²¹¹ Klotz und Doblhammer 2008, S. 1770

²¹² Klotz, Asamer 2014

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Gesundheit von Männern und Frauen stark von den sozioökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird und sich aus den daraus resultierenden Lebens- und Arbeitsbedin-

gungen deutliche Ungleichheiten in der Verteilung der Gesundheitschancen ergeben. Allerdings ist der soziale Gradient der Gesundheitschancen bei Männern deutlich stärker ausgeprägt.

Factbox

- Der Unterschied der Lebenserwartung zwischen Personen mit Hochschulabschluss und jenen mit Pflichtschulabschluss ist bei Männern größer (6,8 Jahre) als bei Frauen (2,8 Jahre). Der Unterschied zwischen Frauen und Männern bei den in Gesundheit verbrachten Lebensjahren liegt bei 0,7 Jahren (Männer 65,9 gesunde Lebensjahre, Frauen 66,6). Ähnlich wie bei der Lebenserwartung zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern ein deutlicher sozialer Gradient in Hinblick auf die gesunde Lebenserwartung.
- In den letzten Jahren ist eine Zunahme des sozialen Gradienten zu beobachten, vor allem bei Männern.

4. GESCHLECHTER- SPEZIFISCHE VERSORGUNGS- ANGEBOTE

**4.1. Gender-Medizin
(von Christina Allerstorfer)**

Einleitung

„Gendermedizin befasst sich mit den Unterschieden aber auch mit den Gemeinsamkeiten bei Gesundheitserhaltung und Krankheitsentwicklung sowie Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten von Männern und Frauen“.²¹³

Die Gendermedizin ist ein relativ junges Gebiet der Medizin, das sich mit den Unterschieden, aber auch den Gemeinsamkeiten bei Krankheitsentstehung, Diagnostik und Therapie bei beiden Geschlechtern beschäftigt. Dabei ist zu betonen, dass im Rahmen der Gendermedizin beide Geschlechter berücksichtigt werden. Entgegen der häufigen Annahme, dass Gendermedizin vor allem spezielle Gesundheitsthemen von Frauen behandelt, betrifft das Gebiet also Frauen und Männer gleichermaßen!

Dabei ist das Ziel der Gendermedizin zu verstehen, wie sich die menschliche Biologie zwischen Frauen und Männern unterscheidet und welche Unterschiede bei Entstehung, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen auftreten.

Was bedeutet „Sex“, was bedeutet „Gender“?

Wenn man sich mit der Gendermedizin beschäftigt, muss man sich mit der Terminologie der Begriffe „Sex“ und „Gender“ auseinandersetzen.

Der Begriff „Sex“ beschreibt in diesem Zusammenhang die biologischen Unterschiede zwischen Frauen und Männern, während der Begriff „Gender“ den sozialen Faktoren, die einen Einfluss auf unsere Gesundheit ausüben, gerecht wird. Beispiele für Sex-Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind etwa Unterschiede in der Körpergröße, im Gewicht oder im Anteil von Muskelmasse oder Körperfett.

Beispiele für Gender-Unterschiede in der Medizin sind unter anderem die unterschiedliche Teilnahme an Vorsorgeprogrammen bei den Geschlechtern oder Unterschiede im Rauchverhalten oder beim Alkoholkonsum.

Hier ist darauf hinzuweisen, dass eine strikte Trennung von „Sex“ und „Gender“ häufig nicht möglich ist und die Begriffe einer gegenseitigen Wechselwirkung unterliegen.²¹⁴

Warum brauchen wir die Gendermedizin?

Frauen und Männer sind unterschiedlich, und diese Unterschiede betreffen uns immer und überall - auch in der Medizin! So unterscheiden sich Frauen und Männer beispielsweise in ihrem Gesundheits- und Risikoverhalten, leiden unterschiedlich häufig an Erkrankungen, können bei derselben Erkrankung unterschiedliche Symptome zeigen und auch unterschiedlich auf Therapien ansprechen. Aus all diesen Faktoren ergibt sich beispielsweise auch ein Unterschied in der Lebenserwartung sowie bei den Todesursachen von Frauen und Männern.

Im Folgenden soll näher auf diese Bereiche eingegangen werden.

Unterschiede im Gesundheits- und Risikoverhalten

Es ist bekannt, dass Frauen mehr Konsultationen bei der betreuenden Hausärztin oder dem betreuenden Hausarzt aufweisen als Männer. Dieses Phänomen lässt sich ab dem 30. Lebensjahr beobachten. Außerdem konnten Erhebungen zeigen, dass Frauen deutlich häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als Männer. So werden in Österreich etwa 60% aller Vorsorgeuntersuchungen an Frauen und nur 40% an Männern durchgeführt.²¹⁵ Obwohl laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger die Anteilnahme an Vorsorgeprogrammen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, nehmen jedoch nur 9,1% der Männer und 12,6% der Frauen an der kostenlosen Gesundenuntersuchung teil.²¹⁶ Auch beim Risikoverhalten lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede festhalten.

So ist, über alle Altersklassen hinweggesehen, der Anteil der Raucher in Österreich noch immer größer als der der Raucherinnen. Auffallend ist jedoch, dass bei den Männern der Anteil der täglich Rauchenden seit 1972 abgenommen hat, während der Anteil der Raucherinnen in diesem Zeitraum stetig angestiegen ist. (Tabelle 3).

Tabelle 3: Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren von 1972 bis 2014 in Prozent in Österreich

Geschlecht	1972	1979	1986	1997	2006/07	2014
Männer	38,7	35,3	34,6	30,0	27,5	26,7
Frauen	9,8	13,6	17,5	18,8	19,4	22,2

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014, Mikrozensus-Sonderprogramm „Rauchgewohnheiten der österreichischen Bevölkerung“ 1972, 1979, 1986 und 1997

²¹³ Kautzky-Willer 2012

²¹⁴ Kautzky-Willer 2012

²¹⁵ Rieder 2008

²¹⁶ Kautzky-Willer 2012

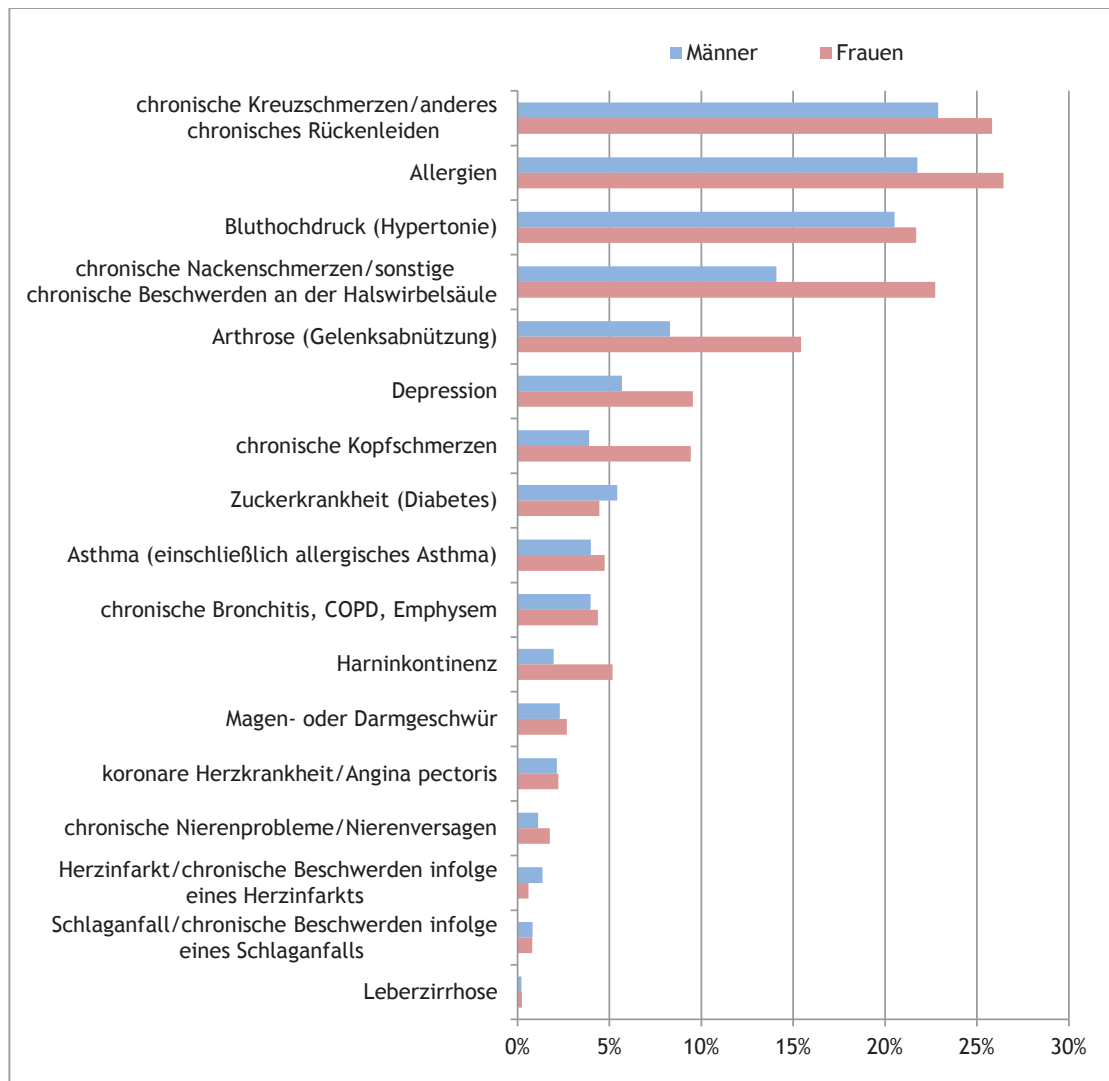
Untersuchungen konnten zeigen, dass Zigarettenrauch bei Frauen schädlichere Auswirkungen hat als bei Männern. So ist beispielsweise die UDP-Glucuronyltransferase, ein Enzym, das unter anderem für den Metabolismus und die Eliminierung von Medikamenten oder Karzinogenen ist, bei Männern aktiver als bei Frauen.²¹⁷

Unterschiede bei der Prävalenz von Erkrankungen

Viele Erkrankungen treten bei Frauen und Männern mit unterschiedlicher Prävalenz auf. Grundsätzlich sind Frauen von den meisten chronischen Erkrankungen häufiger betroffen als Männer (Abbildung 97).

Außerdem exprimieren Frauen mehr CYP1A1, ein Enzym, das an der Aktivierung von Kanzerogenen beteiligt ist, in der Lunge als Männer.²¹⁸

Abbildung 97: Ausgewählte chronische Krankheiten nach Geschlecht, 12-Monats-Prävalenz in Österreich



**GESCHLECHTERSPEZIFISCHE
VERSORGUNGSANGEBOTE**

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2014 - Bevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 und mehr Jahren

²¹⁷ Gallagher et al. 2010

²¹⁸ Uppstad et al. 2011

Ausgewählte Krankheitsbilder

Hypertonie

Männer weisen durchschnittlich höhere Blutdruckwerte auf als Frauen. Ursächlich werden unterschiedliche Lebensstile und Belastung durch Stress diskutiert. Aufgrund der Tatsache, dass Männer häufiger unter erhöhten Blutdruckwerten leiden, sollte dem Blutdruckscreening bei Männern besonders hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden.²¹⁹

Anämie

Frauen sind doppelt so häufig von einer Anämie betroffen als Männer. Als Ursache hierfür ist vor allem der Blutverlust im Rahmen der Menstruation zu nennen. Vor allem für Frauen ist daher die Bestimmung des Blutbildes im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung essentiell.²²⁰

Hyperurikämie

Männer sind deutlich häufiger von erhöhten Harnsäurewerten betroffen als Frauen: während nur 3 Prozent der Frauen eine Hyperurikämie aufweisen, ist dies bei etwa 20 Prozent der Männer der Fall. Folglich sind auch Gichtanfälle häufiger bei Männern zu beobachten!²²¹

Schilddrüsenerkrankungen

Frauen sind häufiger von Schilddrüsenerkrankungen betroffen als Männer. Das gilt für Schilddrüsenfunktionsstörungen (Hypo- und Hyperthyreose), Schilddrüsenknoten, Struma und auch Schilddrüsenkarzinome. Da Schilddrüsenfunktionsstörungen die Fertilität und den Verlauf einer Schwangerschaft beeinflussen können, ist die Bestimmung der Schilddrüsenparameter vor allem auch bei Frauen mit Kinderwunsch sinnvoll.²²²

Unterschiede bei der Symptomatik und Diagnostik von Erkrankungen

Es gibt Erkrankungen, bei denen Frauen andere Symptome aufweisen als Männer, wobei solche Unterschiede vor allem bei der Angina pectoris erforscht sind. So ist bekannt, dass Frauen mit akutem Myokardinfarkt seltener Thoraxschmerzen angeben, dafür häufiger unter so genannten atypischen Symptomen kardialer Ischämie wie Dyspnoe, Oberbauchschmerzen, Übelkeit und Leistungsminderung leiden.²²³

Wird ein EKG durchgeführt, findet man bei Frauen mit akutem Myokardinfarkt seltener eine ST-Strecke-Hebung als bei Männern.²²⁴ Die Tatsache, dass atypische Symptome des Myokardinfarktes häufig nicht als Symptome der Erkrankung erkannt werden, kann zu einer Verzögerung in der Diagnostik und Therapie des Herzinfarktes bei Frauen führen. Studien konnten zeigen, dass die Zeitspanne zwischen Symptombeginn und Spitalsaufnahme bei Frauen

größer ist als bei Männern. Auch die so genannte „Door-to-needle-time“ ist bei Frauen mit akutem Myokardinfarkt länger als bei Männern.²²⁵

Diese Verzögerungen bei Diagnostik und Therapie führen zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität bei Frauen mit akutem Myokardinfarkt.

Bereits 1991 konnte im Rahmen einer Studie gezeigt werden, dass Frauen, die mit der Verdachtsdiagnose „Myokardinfarkt“ in das Krankenhaus eingeliefert wurden, nur halb so oft einer Koronarangiographie zugeführt wurden wie Männer. Wurde die Koronarangiographie jedoch durchgeführt und es bestätigte sich der Verdacht der Koronarkrankheit, war die weitere Behandlung interessanterweise der von Männern nicht mehr unterlegen. Die Autoren schlossen daraus: Eine Frau muss erst beweisen, so herzkrank wie ein Mann zu sein, um dieselbe Therapie zu erhalten!²²⁶

Ein weiteres Beispiel für geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Diagnostik von Erkrankungen kann bei Diabetes mellitus beobachtet werden. Während Männer häufiger erhöhte Nüchternblutglukosewerte aufweisen, kann bei Frauen eher eine gestörte Glukosetoleranz festgestellt werden. Aus diesem Grund ist die Durchführung eines oralen Glukosetoleranztestes bei Frauen besonders wichtig, da ein Prädiabetes bei einer einmaligen Blutabnahme mit Bestimmung des Glukosewertes unentdeckt bleiben kann!²²⁷

Unterschiede bei der Therapie von Erkrankungen

Es ist bekannt, dass Medikamente zumeist an Männern getestet werden und Frauen noch immer deutlich seltener in klinische Studien eingeschlossen werden als Männer. Gründe hierfür sind vor allem, dass das Hinzuziehen von Frauen in Studien zu höheren Kosten führt, da der weibliche Zyklus samt hormonellen Schwankungen berücksichtigt werden muss. Außerdem besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Schwangerschaft während der Studienteilnahme, wodurch das Risiko einer teratogenen Wirkung des getesteten Medikamentes besteht.²²⁸

Trotzdem werden Medikamente bei beiden Geschlechtern häufig in gleicher Dosierung und bei den selben Indikationen eingesetzt. Dabei weisen Frauen im Durchschnitt jedoch ein etwa um 10 Kilogramm niedrigeres Körpergewicht und eine unterschiedliche Verteilung von Muskelmasse und Fett- sowie Wassergehalt auf als Männer. Daraus folgt, dass einige Medikamente bei Frauen in zu hoher oder zu niedriger Dosierung angewandt werden.²²⁹

²¹⁹ Rieder 2008

²²⁰ Rieder 2008

²²¹ Rieder 2008

²²² Kautzky-Willer 2012

²²³ Rieder 2008; Alconero-Camarero et al. 2013

²²⁴ Rieder 2008

²²⁵ Rieder 2008

²²⁶ Healy 1991

²²⁷ Kautzky-Willer et al. 2016

²²⁸ Rieder 2008

²²⁹ Rieder 2008

Es ist also nicht überraschend, dass Nebenwirkungen, die nach der Zulassung auftreten, vor allem bei Frauen zu beobachten sind und folgend die meisten der betroffenen Medikamente aufgrund von Nebenwirkungen von Frauen wieder vom Markt genommen werden mussten.²³⁰

Ein Beispiel für die geschlechtsspezifische Wirkung von Arzneimitteln ist die Medikamentengruppe der Digitalisglykoside, die zur Therapie der Herzinsuffizienz eingesetzt werden. Digoxin erhöht jedoch bei Frauen mit Herzinsuffizienz die Mortalität, während es bei Männern zu einer leichten Reduktion der Sterblichkeit führt.²³¹

Als weiteres Beispiel für geschlechtsspezifische Unterschiede kann der Einsatz von Acetylsalicylsäure (ASS) genannt werden. Während die Einnahme von ASS in der Primärprävention das Myokardinfarktrisiko bei Männern senkt, wird das Risiko bei Frauen nicht verändert. Bei Frauen führt die Einnahme von Acetylsalicylsäure in der Primärprävention jedoch zu einer Senkung der Insultrate um 17 Prozent. Frauen, die älter als 65 Jahre sind, profitieren Studien zufolge jedoch von einer Primärprävention mit ASS im Hinblick auf das Auftreten eines Myokardinfarktes und auf die Gesamtmortalität. In der Sekundärprävention ist die Einnahme von Acetylsalicylsäure bei Frauen und Männern gleichermaßen wirksam!²³²

Geschlechtsunterschiede bei der Lebenserwartung

Bereits seit längerem ist bekannt, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer. So liegt die Wahrscheinlichkeit, hundert Jahre alt zu werden, in Österreich derzeit bei 1,0 Prozent für Frauen und bei nur 0,3 Prozent für Männer.²³³ Daten der Statistik Austria zeigen, dass im Jahr 2014 die Lebenserwartung von Frauen bei Geburt 83,7 Jahre und jene von Männern 78,9 Jahre betrug.

Die Ursachen hierfür sind nach wie vor nicht geklärt, man vermutet jedoch ein Zusammenspiel aus biologischen und sozialen Faktoren.

Zu den biologischen Faktoren zählen genetische Unterschiede: das X-Chromosom gilt als „fehleranfällig“, im Gegensatz zu Männern besitzen Frauen jedoch immer zwei X-Chromosomen, also im Grunde genommen eine „Sicherheitskopie“. Diese Sicherheitskopie bietet einen gewissen Schutz vor manchen Erkrankungen, vor allem vor X-chromosomal vererbten Krankheiten wie beispielsweise der Hämophilie. Es wird vermutet, dass dieser biologische Vorteil der Frau vor allem in Hinsicht auf Reproduktion, der Schwangerschaft und der Geburt zur Erhaltung der Nachkommen nützen soll.²³⁴

Ein weiterer biologischer Geschlechtsunterschied bezüglich des Alterns scheint in der Telomerlänge zu liegen. Telomere sind spezielle Abschnitte der DNA, die sich im Laufe des Lebens verkürzen. Östrogene scheinen sich positiv auf die Alterungsprozesse an den Telomeren auszuwirken und damit Alterungsprozesse verlangsamen zu können. Doch nicht nur hormonelle Faktoren, sondern auch der Lifestyle können sich auf die Telomerlänge auswirken. So verkürzen beispielsweise Rauchen, Stress und Übergewicht die Telomerlänge, während sich Sport protektiv auf diese Alterungsvorgänge auswirkt.²³⁵

Im letzten Jahrzehnt ist die Lebenserwartung bei Frauen jedoch weniger stark angestiegen als bei Männern: 1999 betrug die Lebenserwartung von Frauen bei Geburt 80,9 Jahre und jene von Männern 74,8 Jahre. 2014 betrug die Lebenserwartung von Frauen bei Geburt 83,7 Jahre und jene von Männern 78,9 Jahre.²³⁶

Somit stieg die Lebenserwartung von Frauen seit der Jahrtausendwende um 2,8 Jahre an, während die Lebenserwartung von Männern seither um 4,1 Jahre gestiegen ist. Frauen leben also nach wie vor länger als Männer, der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung verringerte sich in den letzten Jahrzehnten jedoch deutlich.²³⁷

Diese Tatsache könnte einerseits auf einen gesünderen Lebensstil bei Männern, andererseits aber auch auf eine ungesündere Lebensweise bei Frauen zurückzuführen sein. Hier ist vor allem auf den in den letzten Jahren zu beobachtenden, steigenden Gebrauch von Suchtmitteln wie zum Beispiel Nikotin oder Alkohol bei Frauen hinzuweisen. Außerdem wird vermutet, dass Frauen ihren Lebensstil tendenziell eher dem männlichen anpassen, was sich auch im Risikoverhalten niederschlägt. Zusätzlich sind Frauen häufiger als Männer durch Mehrfachbelastungen wie zum Beispiel Familie, Beruf oder die Pflege von Angehörigen mehr chronischem Stress ausgesetzt als Männer, was sich ebenfalls negativ auf Gesundheit und Lebenserwartung auswirken kann.²³⁸

Frauen leben durchschnittlich also länger als Männer, verbringen gleichzeitig aber auch einen größeren Anteil ihrer Lebenszeit mit gesundheitlicher Beeinträchtigung als Männer. So zeigen Daten der Statistik Austria, dass Frauen insgesamt 66,6 Jahre und Männer 65,9 Jahre ihrer Lebenszeit ohne subjektive Beeinträchtigung erleben. Anders ausgedrückt: Frauen leben 17,1 Jahre mit subjektiver Beeinträchtigung, während dies bei Männern auf 13 Jahre zutrifft.²³⁹

Umgerechnet auf die Lebenszeit bedeutet das, dass Frauen einen kleineren Anteil ihrer Gesamtlebenszeit - nämlich 79,6 Prozent - ohne körperlicher Einschränkungen erleben, während dies bei Männern auf 83,5 Prozent der Gesamtlebenszeit zutrifft.

²³⁰ Kautzky-Willer 2012
²³¹ Rathore et al. 2002
²³² Rieder 2008
²³³ Kautzky-Willer 2012
²³⁴ Kautzky-Willer 2012

²³⁵ Kautzky-Willer 2012
²³⁶ Statistik Austria 2015, S. 35
²³⁷ Bundesministerium für Gesundheit 2011
²³⁸ Kautzky-Willer 2012
²³⁹ Bundesministerium für Gesundheit 2011

Diese Diskrepanz zwischen Gesundheitszustand und Lebenserwartung wird auch als „Gesundheits-Geschlechter-Paradoxon“ bezeichnet.

Geschlechtsunterschiede bei den Todesursachen

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind sowohl bei Frauen als auch bei Männern die führende Todesursache. Im Jahr 2015 erlagen 47 Prozent der verstorbenen Frauen und 38 Prozent der verstorbenen Männer einer Herz-Kreislaufkrankung.²⁴⁰

Trotzdem konnten Studien zeigen, dass das Mammakarzinom häufig als Haupttodesursache bei Frauen angesehen wird. Dabei liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Frau, im Laufe ihres Lebens an einer koronaren Herzerkrankung und ihren Folgen zu versterben bei 31 Prozent, während das Risiko, an einem Mammakarzinom zu sterben bei nur 2,8 Prozent liegt!²⁴¹

Die Haupttodesursache von Frauen stellen also Herz-Kreislaufkrankungen dar, gefolgt von bösartigen Neoplasien, Krankheiten der Atmungsorgane, Krankheiten der Verdauungsorgane sowie Verletzungen und Vergiftungen. Bei Männern führen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems ebenfalls die Liste der Todesursachen an, gefolgt von bösartigen Erkrankungen. Verletzungen und Vergiftungen sind bei Männern bereits an dritter Stelle der Todesursachen zu finden, was auf einen im Allgemeinen risikofreudigeren Lebensstil zurückgeführt wird. Weiters spielen vor allem noch Krankheiten der Atmungsorgane sowie Krankheiten der Verdauungsorgane eine Rolle.²⁴²

Factbox

- Gendermedizin befasst sich mit den Unterschieden aber auch mit den Gemeinsamkeiten bei Gesundheitserhaltung und Krankheitsentwicklung sowie Therapie- und Betreuungsmöglichkeiten von Männern und Frauen.
- Frauen weisen mehr Konsultationen bei der Hausärztin oder dem Hausarzt auf als Männer und nehmen deutlich häufiger an Vorsorgeuntersuchungen teil.
- Über alle Altersklassen hinweg gesehen, ist der Anteil der Raucher in Österreich noch immer größer als der der Raucherinnen. Untersuchungen konnten zeigen, dass Zigarettenrauch bei Frauen schädlichere Auswirkungen hat als bei Männern.
- Frauen sind von den meisten chronischen Erkrankungen häufiger betroffen als Männer. Es gibt Erkrankungen wie Angina pectoris oder Diabetes mellitus, bei denen Frauen andere Symptome aufweisen als Männer.
- Medikamente werden zumeist an Männern getestet und Frauen werden deutlich seltener in klinische Studien eingeschlossen als Männer. Trotzdem werden Medikamente bei beiden Geschlechtern häufig in gleicher Dosierung und bei denselben Indikationen eingesetzt.
- Frauen leben länger als Männer, der Vorsprung der weiblichen Lebenserwartung verringerte sich in den letzten Jahrzehnten jedoch deutlich. Dies könnte auf einen gesünderen Lebensstil bei Männern, aber auch auf eine ungesündere Lebensweise bei Frauen zurückzuführen sein. Zusätzlich sind Frauen häufiger chronischem Stress aufgrund von Mehrfachbelastungen ausgesetzt als Männer.

²⁴⁰ Bundesministerium für Gesundheit 2011
²⁴¹ Podzeck-Schweighofer 2005

²⁴² Statistik Austria 2015

4.2. Spezielle Beratungsangebote

4.2.1. Frauengesundheitszentren

Frauengesundheitszentren sind im deutschsprachigen Raum erstmals in den 1970er Jahren in Berlin, Frankfurt und Nürnberg entstanden mit dem Ziel, sich mit alternativen Behandlungsmethoden, gesellschaftlichen Machtverhältnissen und kritischem Wissen über die Praktiken der Gynäkologie auseinanderzusetzen.²⁴³ In Österreich entstanden die ersten Frauengesundheitszentren in den 1990er Jahren aus einer Initiative der damaligen Frauenministerin Johanna Dohnal.²⁴⁴ Österreich weit besteht ein Netzwerk von 7 Frauengesundheitszentren aus 5 Bundesländern (Wien 2, OÖ mit Linz und Wels, Graz, Villach, Salzburg), das unter anderem Qualitätskriterien für Frauengesundheitszentren erarbeitet hat.²⁴⁵

Frauengesundheitszentrum (FGZ) Linz

Das Linzer Frauengesundheitszentrum wurde 1997 als Verein gegründet und versteht sich als Kompetenzzentrum für Frauen. Es bietet psychologische Beratung, Psychotherapie, gynäkologische Behandlung auf Wahlarztbasis, eine Bibliothek, ein Frauencafé und Veranstaltungen an. Geöffnet hat das FGZ Linz fünf Tage in der Woche, tw. auch am Abend. Zielgruppe sind Mädchen und Frauen aller Altersgruppen, unabhängig von ihrer sozialen, kulturellen oder ethnischen Herkunft, Lebensform, sexuellen Orientierung, Behinderung. Bei allen Veranstaltungen kann auch eine Kinderbetreuung in Anspruch genommen werden. Gefördert wird das Frauengesundheitszentrum von der Stadt Linz, dem Bundesministerium für Frauen, dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Land Oberösterreich.²⁴⁶

Frauengesundheitszentrum Wels und fRIEDa Ried

Beide Zentren werden von Proges (ehemals PGA) geführt und unterstützen Mädchen und Frauen mit Beratung, Orientierung und Begleitung. Themen sind dabei gesundheitliche und psychosomatische Probleme, Patientinnenrechte, psychische und psychosoziale Belastungen, Themen rund um Familie, Beziehung, Partnerschaft und Sexualität, Paarberatung, Ernährung und Essstörungen sowie Recht.²⁴⁷ Beide Zentren sind nur nach persönlicher Terminvereinbarung besetzt.

Das Frauengesundheitszentrum Wels beherbergt auch Selbsthilfegruppen. Gefördert wird es vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, dem Land OÖ und der Stadt Wels.²⁴⁸ Das Frauengesundheitszentrum fRIEDa wird gefördert vom Land OÖ und der Integrationsstelle OÖ.²⁴⁹

4.2.2. Genderspezifische Beratungsstellen und Vereine ohne spezifischen Gesundheitsbezug

In Oberösterreich gibt es laut dem OÖ Frauenreferat 24 Frauenvereine und -beratungsstellen. Das Angebot reicht von Information, Beratung und Begleitung bei unterschiedlichen (tw. auch gesundheitlichen) Problemsituationen über Bildungs- und Informationsangebote bis hin zu Übergangswohnungen für Frauen, die von Gewalt betroffen sind. Neben den allgemeinen Beratungszentren befinden sich darunter auch einige für spezielle Zielgruppen, wie z. B. Migrantinnen (Autonomes Zentrum von & für Migrantinnen maiz), Alleinerzieherinnen (Mobile Beratungsstelle für Alleinerzieherinnen) und Frauen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind (Frauenberatung des Vereines „Arge für Obdachlose“).²⁵⁰ Daneben gibt es aber noch andere Beratungsstellen, die Frauen als spezifische Zielgruppe haben (z. B. Mutter-Kind-Haus, Frauenhaus), die im Frauenreferat nicht angeführt sind.

²⁴³ Stolzenberg, Steingruber: S. 235

²⁴⁴ ebd.

²⁴⁵ www.frauengesundheit.at

²⁴⁶ www.fgz-linz.at

²⁴⁷ <https://www.pga.at/pgafachbereiche/frauen/>

²⁴⁸ Folder des Frauengesundheitszentrums Wels

²⁴⁹ Folder des Frauengesundheitszentrums fRIEDa Ried

²⁵⁰ <http://www.frauenreferat-ooe.at/113.htm>

Abbildung 98: Frauenvereine und -beratungsstellen in Oberösterreich



Quelle: <https://portal.doris.at/arcgis/apps/Viewer/index.html?appid=b226504308ee49129ba9441893b05378>

Männerberatung

Die erste Männerberatung in Österreich wurde 1984 in Wien eröffnet. Vielfach befassen sich Männerberatungsstellen mit Gewaltthemen, aber unter anderem auch Gesundheitsthemen. In Wien gibt es seit 2002 ein eigenes Männergesundheitszentrum.

Die Männerberatung des Landes OÖ befindet sich im Zentrum für Familientherapie und Männerberatung in Linz und bietet Männern und männlichen Jugendlichen ab 14 Jahren Beratung und Psychotherapie zu wichtigen Aspekten und Problemen des Mannseins in unserer Gesellschaft.

Schwerpunkte sind dabei Beruf und Familie, Vater sein, Beziehung und Partnerschaft, Patchwork-Familie, Gewalt (ausgeübt oder erlitten), Recht, Persönlichkeitsentwicklung und Lebenskrisen.²⁵¹ Daneben gibt es noch andere Männerberatungsstellen in Oberösterreich (z. B. Männerberatung im Familienzentrum Pichling oder die Männerberatung bei Männergewalt der Diözese Linz).

Seit 2016 gibt es einen eigenen Dachverband für Männerarbeit in Österreich. Einziges Mitglied aus Oberösterreich ist die Männerberatung im Familienzentrum Pichling.²⁵²

²⁵¹ <http://www.zentrum-fm.at/maennerberatung.htm>
²⁵² www.dmo-e-info.at

4.2.3. Selbsthilfegruppen

Eine Online-Suche nach genderspezifischen Selbsthilfegruppen in der Datenbank des Dachverbandes der Oberösterreichischen Selbsthilfegruppen in Oberösterreich ergab, dass es insgesamt 12 Selbsthilfegruppen mit frauenspezifischen Themen in Oberösterreich gibt. Diese Gruppen richten sich entweder direkt nur an Frauen oder sind thematisch klar zugeordnet. Der Großteil (6) davon fällt in den Bereich der Selbsthilfegruppen bei Krebs (Brustkrebs, Unterleibskrebs), 2 Selbsthilfegruppen sind zum Thema sexuelle Gewalt und jeweils eine zum Thema Alkohol, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Depression für türkischsprachige Frauen.²⁵³

Speziell für Männer wurde keine Selbsthilfegruppe gefunden. Die Männerberatung des Landes OÖ bietet auch Männergesprächsrunden an.²⁵⁴

4.2.4. Frauen- und Männerärzte, -ärztinnen

Das Fachgebiet der Gynäkologie befasst sich mit der Entstehung und Behandlung der Erkrankungen des weiblichen Sexual- und Fortpflanzungstraktes. In Oberösterreich gibt es 71,5 Kassenstellen für Gynäkologie, davon fast 20 Prozent mit Frauen besetzt, und 127 Wahlärzt_innen für Gynäkologie, davon ca. 53 Prozent weiblich.

Das Fachgebiet der Andrologie umfasst die Physiologie und Pathologie der männlichen Fortpflanzungsfunktionen, sexualmedizinische und endokrinologische (hormonell bedingte) Aspekte auf Seiten des Mannes und die Problematik des alternden Mannes in Forschung und Klinik.²⁵⁵ Folgende Schwerpunkte lassen sich zusammenfassen:

- Störungen der Zeugungsfähigkeit des Mannes (Infertilität),
- Störungen der endokrinen Hodenfunktion (Hypogonadismus),
- erektile Dysfunktion,
- männliche Kontrazeption,
- der alternde Mann (männliche Seneszenz).²⁵⁶

In Deutschland gibt es bereits eine eigene Gesellschaft für Andrologie, in Österreich ist es ein Arbeitskreis für Andrologie und sexuelle Funktionsstörung in der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie. Dieser Arbeitskreis weist derzeit 11 Mitglieder aus Oberösterreich auf.²⁵⁷

4.2.5. Gender-Unterschiede bei Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen

Der Frauenanteil bei berufsausübenden Ärzt_innen in Österreich lag im Jahr 2015 bei 47 Prozent,²⁵⁸ wobei dieser Anteil stark vom Setting der Berufsausübung und der Fachrichtung abhängt. Niedergelassene Ärzt_innen waren zu 36 Prozent Frauen, im nichtniedergelassenen Bereich waren es 55 Prozent.²⁵⁹ In beiden Bereichen stieg der Frauenanteil in den Jahren zwischen 2004 und 2015 um ca. 6 Prozent.²⁶⁰ Die höchsten Frauenanteile befinden sich in den Fachrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (59%), der Kinderheilkunde (56%), der Dermatologie (53%) und anderen psychiatrischen Fächern (51%). Die geringsten Frauenanteile finden sich in der Orthopädie (13%), der Unfallchirurgie (14%) und der Urologie (15%).²⁶¹

Das nichtärztliche Personal in Österreichs Spitälern ist zu über 80 Prozent weiblich.²⁶² Im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sind es 84 Prozent, im gehobenen medizinisch-technischen Dienst, den medizinischen Fachdiensten und Masseur_innen 83 Prozent. Lediglich bei der Pflegeassistenz und den medizinischen Assistenzberufen (Pflegehilfe und Sanitätshilfediensten) ist der Frauen-Anteil mit durchschnittlich 63 Prozent etwas geringer.²⁶³

Die Einkommensunterschiede im Gesundheitswesen sind gegeben, vor allem bei selbständiger Tätigkeit.²⁶⁴ So betrug beispielsweise das mediane Jahreseinkommen der selbständig tätigen Männer im Gesundheitswesen das rund 9-fache von jenem der Frauen.²⁶⁵ Am stärksten ist der Unterschied in der Allgemeinmedizin, am geringsten im nichtärztlichen Bereich bei der psychotherapeutischen Versorgung.²⁶⁶ Gründe dafür dürften unter anderem in der Wahl der unterschiedlichen Berufe bzw. Fächer, dem höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigung bei Frauen und der Karriereverläufe bei Frauen liegen.²⁶⁷

²⁵³ <http://www.selbsthilfe-ooe.at/index.php?id=3&subid=4>

²⁵⁴ <http://www.zentrum-fm.at/maennergruppe.htm>

²⁵⁵ <http://www.dg-andrologie.de/>

²⁵⁶ ebd.

²⁵⁷ <http://andrologie.at/cms/urologen/oberosterreich/>

²⁵⁸ Riedel/Röhring 2016, S. 513

²⁵⁹ Riedel/Röhring 2016, S. 515

²⁶⁰ Riedel/Röhring 2016, S. 516

²⁶¹ Riedel/Röhring 2016, S. 517

²⁶² Riedel/Röhring 2016, S. 513

²⁶³ Riedel/Röhring 2016, S. 522

²⁶⁴ Riedel/Röhring 2015, S. 513

²⁶⁵ Riedel/Röhring 2015, S. 526

²⁶⁶ ebd.

²⁶⁷ Riedel/Röhring 2015, S. 527ff

Factbox

- Die ersten Frauengesundheitszentren in Österreich entstanden in den 1990er Jahren. Österreich weit besteht ein Netzwerk von sieben Frauengesundheitszentren aus fünf Bundesländern, wobei es in Oberösterreich zwei Standorte (Linz und Wels) gibt. Zudem gibt es in Ried im Innkreis ein Zentrum für Frauengesundheit.
- Die erste Männerberatung in Österreich wurde 1984 in Wien eröffnet. In Oberösterreich gibt es die Männerberatung des Landes OÖ sowie weitere Männerberatungsstellen. Die Angebote umfassen Beratung und Psychotherapie zu Aspekten und Problemen des Mannseins in der Gesellschaft.
- In Oberösterreich gibt es 24 Frauenvereine und -beratungsstellen. Neben den allgemeinen Beratungszentren gibt es welche für spezielle Zielgruppen wie Migrant_innen, Alleinerzieher_innen oder wohnungslose Frauen.
- Insgesamt gibt es 12 Selbsthilfegruppen mit frauenspezifischen Themen in Oberösterreich, jedoch keine Selbsthilfegruppe speziell für Männer. Allerdings bietet die Männerberatung des Landes OÖ auch Männergesprächsrunden an.
- Im Arbeitskreis für Andrologie und sexuelle Funktionsstörung in der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie sind 11 Mitglieder aus Oberösterreich vertreten.
- Der Frauenanteil bei berufsausübenden Ärzt_innen in Österreich ist stark vom Setting der Berufsausübung und der Fachrichtung abhängig. Ärztinnen sind eher im nichtniedergelassenen Bereich in Fachrichtungen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Dermatologie vertreten. Das nichtärztliche Personal in Österreichs Spitälern ist überwiegend weiblich.
- Die Einkommensunterschiede von Männern und Frauen im Gesundheitswesen sind gegeben, vor allem bei selbständiger Tätigkeit. Gründe dafür könnten unter anderem in der Wahl der unterschiedlichen Berufe bzw. Fächer, dem höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigung und den Karriereverläufen bei Frauen liegen.

4.3. Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in Krankenhäusern

Folgend werden Strategien und Methoden zur Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in Krankenhäuser betrachtet. Das Konzept Gender friendly Hospital wird beschrieben. Zudem wird das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen dargestellt.

Strategien und Methoden zur Umsetzung

Wesentliche Faktoren für die Integration von Gender Mainstreaming in alle Prozesse eines Krankenhauses sind die Bereitschaft von Seiten der Geschäftsführung bzw. des Vorstands, der Faktor Zeit und die Sensibilisierung.²⁶⁸ In der Praxis von geschlechtsspezifischer Medizin wurde die Erfahrung gemacht, dass „Top-down“-Implementierungsversuche nicht erfolgreich sind. Hingegen finden Aufklärung, Sensibilisierung und Information zum Thema Gender Anklang.²⁶⁹

In den meisten europäischen Gender Mainstreaming-Projekten wird die 4-R-Methode (Repräsentation, Ressourcen, Realitäten, Recht) eingesetzt. Unter Repräsentation werden geschlechtsspezifische Zahlen betreffend Entscheidungsträger_innen, Beteiligte, Zielgruppen, Betroffene, etc. verstanden. Zu den Ressourcen zählen zum Beispiel Geld, Zeit, Macht, Bildung, Fachwissen und Personal. Realitäten sind beispielsweise soziale Rahmenbedingungen, unterschiedliche Anliegen sowie geschlechtsspezifische „Werte“ und Normen als Ursachen ungleicher Verteilung. Das Recht umfasst Gesetze, Weisungen, Reglements, Leitbilder, etc. Diese Methode eignet sich zur Überprüfung des Ist-Zustands sowie zur Überprüfung zukünftiger Maßnahmen in Bezug auf Gleichstellung. Die Ursprünge dieser Methode gehen auf die 3-R-Methode zurück, die Mitte der 90er Jahre in Schweden entwickelt wurde und mittlerweile um Fragen nach den Rechten erweitert wurde.²⁷⁰

Die Checkfragen nach der 4-R-Methode lauten:

Repräsentation

- Wie setzen sich die Zielgruppen zusammen (Frauenanteil/Männeranteil)?
- Wie viele Frauen und wie viele Männer wirken im betreffenden Bereich bzw. am geplanten Vorhaben mit und in welcher Position?
- Wie viele der Entscheidungstragenden und der weiteren Beteiligten sind Frauen?

Ressourcen

- Über welche Ressourcen verfügen Frauen und Männer?
- Wie viel Geld wird für Projekte ausgegeben, die sich speziell an Frauen richten, wie viel für solche, die primär von Männern in Anspruch genommen werden?

- Was ist bekannt über die Auswirkungen von Projekten z.B. auf die ungleiche Verteilung von Zeit und Geld unter Frauen und Männern?
- Auf welches Gleichstellungsfachwissen kann bei den Entscheidungsträger_innen und weiteren Beteiligten zurückgegriffen werden oder wie wird dieses geschult?

Realitäten

- Welche (geschlechtsspezifischen) Werte und Normen sind im betreffenden Politikbereich wirksam?
- Welche spezifischen Bedürfnisse haben Frauen und Männer aufgrund ihrer sozialen Rollen?
- Welche spezifischen Hindernisse oder Benachteiligungen treffen Frauen oder Männer aufgrund ihres (sozialen) Geschlechts?
- Wo ist demnach Handlungsbedarf in Sachen Gleichstellung?

Recht

- Haben Frauen und Männer die gleichen Rechte?
- Beziehen vorhandene Regelungen geschlechtsspezifische Realitäten mit ein?
- Welche rechtlichen Grundlagen müssten zusätzlich geschaffen werden, um Gleichstellung zu gewährleisten?²⁷¹

Nachfolgend wird das Konzept des Gender friendly Hospital als mögliche Vorgehensweise für die Etablierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in Krankenhäuser beschrieben.

Gender friendly Hospital

Das Konzept des Gender friendly Hospital beinhaltet elf Leitlinien. Diese umfassen medizinische, pflegerische sowie soziale und organisatorische Aspekte. Ziel ist eine patientenorientierte, individuellere und geschlechtssensiblere Sichtweise und eine entsprechende Umsetzung im Gesundheitssystem. Die Medizin soll den Bedürfnissen des natürlichen, biologischen und sozialen Geschlechts eines Patienten/einer Patientin gerecht werden.²⁷² Folgend werden die elf Leitlinien näher ausgeführt.

I. Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung ist die Basis für ein „Gender friendly Hospital“ und steht daher an erster Stelle der Leitlinien. Ein grundlegendes Verständnis und eine Sensibilität für geschlechtsspezifische Unterschiede ist nötig, um die nachfolgenden Kriterien umsetzen zu können. Daher sollte bereits in der Ausbildung zu den Gesundheitsberufen geschlechtsspezifisches Wissen erworben werden. Eine gezielte Fort- und Weiterbildung für das Krankenhauspersonal ist nötig, um spezielle geschlechtsspezifische Themen aufzuarbeiten. Dies erfordert, Gender Mainstreaming in die Strategien eines Krankenhauses (Qualitätsmanagement, Balanced Score Card, Frauenquote) aufzunehmen.²⁷³

²⁶⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006, S. 40

²⁶⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 521

²⁷⁰ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006, S. 16-17

²⁷¹ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006, S. 16-17

²⁷² Fonds Gesundes Österreich, 2007

²⁷³ Dieplinger & Labek, 2007, S. 74

II. Geschlechtssensibler Umgang

Die Genderkompetenz von Bewerber_innen ist speziell bei Neueinstellungen auf Führungsebene zu beachten. Ziel ist es, dass die einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses strukturell und personell die Möglichkeit haben, dass Patient_innen durch weibliches Personal betreut werden können. Die Mitarbeiter_innen sollten auch im kulturellen Kontext einen geschlechtssensiblen Umgang pflegen. Ein geschlechtssensibler Umgang beinhaltet auch eine gegenerte Dokumentation.²⁷⁴

III. Transparenz und Public Relation

Es ist wichtig, das Thema „geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung“ in die allgemeine Diskussion im Gesundheitswesen aufzunehmen, um eine Umsetzung im Krankenhaus zu fördern. „Genderfreundlichkeit“ sollte ein Qualitätsmerkmal für ein Krankenhaus sein sowie zur Imageverbesserung und Kundenorientierung einen Beitrag leisten.²⁷⁵

IV. Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten

Eine gendersensitive Versorgung berücksichtigt den Zusammenhang zwischen psychosozialen Lebenswelten und Gesundheit/Krankheit. Bei der Feststellung der Symptome von Frauen und Männern sollten die Bedürfnisse und die spezielle Lebenssituation berücksichtigt werden. Kommunikation ist ein wichtiger Faktor. Daher sollten geschlechtsspezifische Standards der Gesprächsführung entwickelt und angewendet werden. Eine individuelle Betreuung sowie Vertrauen und Verständnis erfordern eine Abstimmung von Rahmenbedingungen wie Zeit, Raum, Atmosphäre und Ressourcen.²⁷⁶

V. Bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung

Geschlechtsspezifische Unterschiede sind zu berücksichtigen, um medizinisch und pflegerisch eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Hierzu trägt die Entwicklung geschlechtsspezifischer evidenzbasierter Leitlinien für Therapieschemata, Pflegeabläufe, Medikamentendosierungen etc. bei. Eine geschlechtsspezifische Messung und Auswertung von Erfolg und Qualität ist nötig, um Ressourcen und Defizite in Diagnostik, Therapie und Prävention zu erkennen.²⁷⁷

VI. Geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung

Die Förderung eines gesunden Lebensstils erfordert, dass den Patient_innen Informationen, in für sie verständlicher Weise und für sie umsetzbare Art, zur Verfügung gestellt werden. Empowerment bedeutet in diesem Zusammenhang, Patient_innen genug Wissen und Information zu bieten und sie damit zu befähigen, eine für sie richtige Entscheidung auf der Grundlage dieses Wissens zu treffen. Die Patient_innen sollten vom Krankenhaus ein genderspezifisches Informationsangebot erhalten.

Die Einbindung in Netzwerke wie „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ oder „Frauengesundheitszentren“ ist sinnvoll, um Patient_innen außerhalb des Krankenhauses eine Anlaufstelle zu ermöglichen.²⁷⁸

VII. Individuelle Beratung, Information und Aufklärung
Patient_innen sollten die Möglichkeit haben, auf Grundlage einer umfassenden, wertfreien Information und Aufklärung selbst über Behandlungsmethoden und Möglichkeiten entscheiden zu können. Die individuellen Bedürfnisse sowie Verarbeitungs- und Auffassungsmöglichkeiten sollten dabei berücksichtigt werden.²⁷⁹

VIII. Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen - Systemebene

Die Gründung bzw. der Ausbau von geschlechtsspezifischen Infrastrukturen wie Frauenkompetenzzentren oder Brustzentren wird empfohlen. Diese Zentren sind eine Anlaufstelle für Patient_innen, um spezielle Fragestellungen zu klären und eine frauen- bzw. mänderspezifische Betreuung zu erhalten. Pro Abteilung (Medizin, Pflege, Physiotherapie etc.) wird empfohlen, dass es eine Genderbeauftragte gibt, die für Fragen, Probleme, Betreuung etc. zuständig ist. Die Beauftragte wird geschult und besucht regelmäßig Fortbildungen. Die Bekanntheit der genderspezifischen Zentren und der Genderbeauftragten ist wichtig, um Patient_innen die Kontaktaufnahme zu erleichtern. Hierzu ist eine Kooperation mit Gleichbehandlungsbeauftragten, Frauenbeauftragten und externen Zentren sinnvoll.²⁸⁰

IX. Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen - Personenebene

Eine optimale individuelle Versorgung setzt eine intersektorale Verankerung von Gender Health voraus. Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedürfnisse erfordert, dass die Versorgungsebenen extra- und intramural entsprechend gut koordiniert sind.²⁸¹

X. Verbessertes Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus

Geschlechtsspezifische Unterschiede und Barrieren hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Versorgung führen zu einer Unterversorgung von benachteiligten Gruppen. Alleinerziehende Personen, Frauen ethnischer Minderheiten (Sprachbarriere) sowie pflegende Angehörige sind besonders betroffen. Die Schaffung von Strukturen im Krankenhaus könnte diesen Patient_innen einen leichteren Zugang ermöglichen.²⁸²

XI. Patient_innenzufriedenheit - Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung

Ziel der Implementierung der Kriterien eines „Gender friendly Hospital“ ist eine verbesserte Qualität und Patient_innenzufriedenheit. Daher ist es wichtig diese Parameter anhand epidemiologischer Daten und mittels

²⁷⁴ Dieplinger & Labek, 2007, S. 75

²⁷⁵ Dieplinger & Labek, 2007, S. 76

²⁷⁶ Dieplinger & Labek, 2007, S. 77

²⁷⁷ Dieplinger & Labek, 2007, S. 78

²⁷⁸ Dieplinger & Labek, 2007, S. 79

²⁷⁹ Dieplinger & Labek, 2007, S. 80

²⁸⁰ Dieplinger & Labek, 2007, S. 81

²⁸¹ Dieplinger & Labek, 2007, S. 82

²⁸² Dieplinger & Labek, 2007, S. 83

geschlechtsspezifischer Auswertung des Fehler- und Beschwerdemanagements zu messen. Qualitätssicherung, regelmäßige Überprüfungen und Maßnahmen zur Verbesserung sind wesentlich.²⁸³

Folgend wird der Aspekt der geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung aufgegriffen, indem das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen beschrieben wird.

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen

Das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG)“ ist ein Subnetzwerk vom Netzwerk „Health Promoting Hospitals and Health Services“ (HPH). Das Netzwerk gibt es seit 1996. Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen werden bei der gesundheitsfördernden Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen und, sofern sinnvoll und notwendig, bei der Einführung neuer gesundheitsfördernder Leistungen unterstützt. Zielgruppe sind Patient_innen, Mitarbeiter_innen und die Bevölkerung im Einzugsgebiet. Gesundheitsförderung in Gesundheitseinrichtungen hat die Optimierung der Behandlung und Betreuung von Patient_innen zum Ziel. Darüber hinaus soll die Arbeitssituation von Mitarbeiter_innen verbessert werden. Zudem ist es Ziel, den Nutzen der Gesundheitseinrichtung für die regionale Bevölkerung zu erhöhen. Das Konzept beinhaltet 18 Kernstrategien, 7 Implementierungs-Strategien sowie 5 Standards.²⁸⁴

Die Umsetzung ist von der aktuellen Situation, Schwerpunkten, Ressourcen und Expertisen ebenso abhängig wie von aktuellen gesundheitspolitischen Prioritäten oder epidemiologischen Entwicklungen. Wichtig ist es, eine Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung festzulegen, bevor konkrete Maßnahmen umgesetzt werden.²⁸⁵ In der

Praxis sind spezifische Maßnahmen nicht immer eindeutig nur einer Strategie zuzuordnen. Umfassende Maßnahmen können beispielsweise zur patientenorientierten Kommunikation gesetzt werden. Policies oder Programme können auch bei bestimmten Populationen wie beispielsweise Frauen ansetzen.²⁸⁶

Folgende Einrichtungen aus Oberösterreich sind ordentliche Mitglieder im ONGKG. Die ordentliche Mitgliedschaft ist für Trägereinrichtungen, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und größere Gesundheitseinrichtungen möglich, die bestimmte internationale, vom WHO-Netzwerk „Health Promoting Hospitals“ entwickelte, Kriterien erfüllen.²⁸⁷

- Kepler Universitätsklinikum Linz
- Klinikum Wels-Grieskirchen
- Krankenhaus St. Josef Braunau GmbH

Das Institut für Frauen- und Männergesundheit (Wien) ist eines von sechs außerordentlichen Mitgliedern. Die außerordentliche Mitgliedschaft ist einerseits für größere Gesundheitseinrichtungen möglich, die die internationalen Kriterien nicht erfüllen, aber das Netzwerk in ideeller und materieller Hinsicht unterstützen wollen. Andererseits können kleinere Gesundheitseinrichtungen (z.B. Praxen, Praxisgemeinschaft) sowie Einzelpersonen außerordentliche Mitglieder sein.²⁸⁸

Abschließend wird festgehalten, dass für die Integration von Gender Mainstreaming in alle Prozesse eines Krankenhauses die Bereitschaft von Seiten der Geschäftsführung bzw. des Vorstands wesentlich ist. Zudem ist eine Sensibilisierung der beteiligten Personen nötig. Weiters ist einzuplanen, dass Prozesse hin zu einem Gender Mainstreaming Ansatz in einem Krankenhaus mit Zeit verbunden sind. Krankenhäuser können sich an erprobten Methoden wie der 4-R-Methode sowie an Konzepten, wie dem Gender friendly Hospital, orientieren. Weiters können genderspezifische Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern umgesetzt werden.

Factbox

- Die 4-R-Methode wird in den meisten europäischen Gender-Mainstreaming-Projekten eingesetzt: Repräsentation, Ressourcen, Realitäten, Recht.
- Der Ansatz des Gender friendly Hospitals folgt elf Leitlinien: (1) Geschlechtsspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung, (2) geschlechtersensibler Umgang, (3) Transparenz und Public Relation, (4) Respektieren und Berücksichtigen der psychosozialen Lebenswelten, (5) bedarfsgerechte geschlechtsspezifische Kranken- und Gesundheitsversorgung,

- (6) geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung, (7) individuelle Beratung, Information und Aufklärung, (8) Transparenz und Nutzung geschlechtsspezifischer Infrastrukturen - Systemebene, (9) Koordination extra- und intramuraler Nahtstellen - Personenebene, (10) verbesserter Zugang und Reduktion von Barrieren im Krankenhaus und (11) Patient_innenzufriedenheit - Evaluierung und Maßnahmen zur Verbesserung.

²⁸³ Dieplinger & Labek, 2007, S. 84

²⁸⁴ Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, 2017

²⁸⁵ Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, 2017

²⁸⁶ Pelikan, Dietscher &, Krajic, 2008, S. 23

²⁸⁷ Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, 2017

²⁸⁸ Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen, 2017

4.4. Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Die systematische Berücksichtigung der unterschiedlichen Lebensbedingungen von Männern und Frauen („Gender Mainstreaming“) im Rahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention kann zur gesundheitsbezogenen Chancengerechtigkeit beitragen. Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sollen die unterschiedlichen Lebenswelten von Männern und Frauen angemessen berücksichtigen und die spezifischen Partizipationspotenziale identifizieren und nach Möglichkeit ausschöpfen.²⁸⁹ Gender Mainstreaming kann die Passgenauigkeit von gesundheitsförderlichen Maßnahmen erhöhen und dazu beitragen, dass Angebote besser auf die Gesundheitsbedürfnisse abgestimmt sind und geschlechtsspezifische Verhaltensweisen angemessen berücksichtigen. Dadurch können auch Effektivität und Effizienz der Maßnahmen erhöht werden.²⁹⁰

Die angemessene Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten auf fünf verschiedenen Ebenen trägt dazu bei, die Qualität von gesundheitsfördernden Maßnahmen hinsichtlich der Bedürfnisse von Männern und Frauen zu optimieren:

- Politik: Für die Auswahl und Konzeption von Projekten bzw. Programmen ist das Wissen hinsichtlich geschlechtsspezifischer Ungleichheiten im jeweiligen Interventionsfeld von großer Bedeutung. Beispielsweise muss geklärt werden, wie weit das Vorhaben zu einer Verringerung geschlechtsspezifischer Ungleichheiten beitragen kann, ob unterschiedliche Effekte für die Geschlechter zu erwarten sind, ob eigene Zielsetzungen für Männer/Jungen bzw. Frauen/Mädchen formuliert werden müssen oder eigene, geschlechtsspezifische Maßnahmen für diese Zielgruppen zielführender erscheinen etc.
- Partizipation: In diesem Zusammenhang muss geklärt werden, ob angemessene Teilhaberechte für die Geschlechter auf den verschiedenen Ebenen des Projektes (z.B. Projektleitung, Projektmitarbeiter_innen, Zielgruppe etc.) sichergestellt sind.
- Biologisches/soziales Geschlecht (Sex/Gender): Es muss geprüft werden, wie weit geschlechtsspezifische biologische und soziale Gegebenheiten für das Projekt bedeutsam sind und ob diese in ausreichendem Ausmaß berücksichtigt werden. Dazu gehören auch unterschiedliche Zugangschancen und die Verfügbarkeit von Ressourcen.
- Methoden: Die verwendeten Methoden sollen dahingehend kritisch reflektiert werden, ob sie die geschlechtsspezifischen Bedürfnisse ausreichend berücksichtigen (z.B. Informationsmaterialien, Zugangswege, Lebenswelten) und wie weit sie sich für beide Geschlechter gleichermaßen als effektiv erweisen.
- Theorien und Konzepte: Es muss geprüft werden, ob die Erkenntnisse aus der Geschlechterforschung bzw. aus anderen relevanten Wissensgebieten ausreichend in der Konzeption und Planung des Vorhabens berücksichtigt wurden.²⁹¹

Durch die Verankerung geschlechtsspezifischer Fragestellungen auf allen Ebenen des Qualitätsmanagements kann sowohl die geschlechtergerechte Qualität als auch die Zielgruppengerechtigkeit von Projekten und Programmen in der Gesundheitsförderung erhöht werden.²⁹² Die nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über geschlechtsbezogene Parameter in der Gesundheitsförderung.

²⁸⁹ Kolip und Altgeld 2006
²⁹⁰ Kolip und Altgeld 2006, S. 17-18

²⁹¹ Kolip und Altgeld 2006, S. 31-32
²⁹² Altgeld 2016, S. 310

Tabelle 4: Geschlechtsbezogene Qualitätsparameter der Gesundheitsförderung

Ebenen des Qualitätsmanagements	Qualitätsparameter der Ebenen
Assessmentqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Wurde eine Bedarfsabschätzung vorab durchgeführt, die die Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen (z.B. Jungen und Mädchen in unterschiedlichen sozialen Lagen) berücksichtigt? • Wie wurden die Bedürfnisse der anvisierten Zielgruppe(n) erfasst und einbezogen?
Strukturqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Wie ist die Intervention organisiert? • Wer führt sie mit welcher Qualifikation durch? • Wie ist die Geschlechterverteilung in der Projektleitung bzw. im Projektteam? • In welchen Kontexten wird die Intervention durchgeführt? • Berücksichtigen die verwendeten Methoden die Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Lebenswelten von Frauen/Mädchen bzw. Männern/Jungen?
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden klare Ziele formuliert? • Wurden geeignete Zugangswege definiert?
Ergebnisqualität	<ul style="list-style-type: none"> • Wurden die definierten Ziele erreicht? • Wurden die Zielgruppen erreicht? Haben sich die verwendeten Methoden als für beide Geschlechter effektiv erwiesen? • Wurden Evaluationsinstrumente benutzt, die geschlechtersensibel entwickelt wurden? • Welche Wirkungen bei der Zielgruppe wurden erzielt? • Weist die Intervention ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis auf? • Sind die erzielten Effekte nachhaltig? • Welchen Beitrag leistet das Projekt zum Abbau geschlechterbezogener Ungleichheit?

Quelle: Altgeld & Kolip (Altgeld 2016)

Für die Entwicklung effektiver Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Männer und Frauen sind neben dem Geschlecht weitere Diversitätsdimensionen zu berücksichtigen, um den Bedürfnissen der Zielgruppen gerecht zu werden. Dazu gehören Alters- und Generationsunterschiede, soziale Lage, Unterschiede im Beziehungsstatus sowie in der sexuellen Orientierung. Zudem ist ein sensibler Zugang im Hinblick auf verschiedene Lebensereignisse und Biografien von Bedeutung.²⁹³

Neuere Ansätze im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention begnügen sich nicht damit, durch die Intervention den sozial geformten geschlechtsbezogenen Bedürfnissen gerecht zu werden und dadurch die Gesundheitschancen zu verbessern, sondern streben die Veränderung gesundheitsrelevanter Geschlechterrollen an. Das Konzept „Gender Transformative Gesundheitsförderung“ („Gender Transformative Health Promotion“) wurde für Frauen entwickelt, lässt sich aber auch für männerspezifische Vorhaben adaptieren. Der theoretische Rahmen erlaubt es, verschiedene Angebote nach ihrem Bezug zur Geschlechterungleichheit auf einem Kontinuum einzuordnen (siehe Abbildung 99).²⁹⁴

²⁹³ Altgeld 2016, S. 308-309

²⁹⁴ Jahn 2016

für die Gesundheit darstellt und auch im Sinne der Gesundheitsförderung verändert werden kann und soll, um Männer und Frauen dazu zu befähigen, mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu erlangen.²⁹⁹ In diesem Zusammenhang werden Stereotype und Rollenmuster reflektiert und auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit hinterfragt. Männer und Frauen werden in diesem Zusammenhang nicht als einheitliche Gruppen betrachtet, sondern in ihrer Vielfalt (unterschiedliche Lebenshintergründe, Bedürfnisse und Interessen) angesprochen.³⁰⁰

Im Rahmen des Ansatzes der Gender Transformativen Gesundheitsförderung wurden verschiedene Prinzipien vorgeschlagen, die in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt werden sollten:³⁰¹

- Die Verstärkung von geschlechtsspezifischen Stereotypen und potenziell gesundheitsgefährdenden Einstellungen hinsichtlich der Geschlechter sollte vermieden werden. Beispielsweise sollte nicht versucht werden, die Verunsicherungen von Frauen hinsichtlich ihrer äußeren Erscheinung zu nutzen, um sie zu gesünderen Verhaltensweisen zu motivieren (z.B. Verringerung des Tabakkonsums oder körperliche Aktivität).
 - Männer und Frauen sollten nicht nur in „typischen Rollen“ angesprochen werden sondern in ihrer Vielfalt an Aufgaben und Bedürfnissen.
 - Auf individueller und kollektiver Ebene sollten die Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit der Betroffenen gefördert werden (Empowerment). Dadurch wird nicht nur einem essentiellen Prinzip der Gesundheitsförderung Rechnung getragen, sondern es kann auch zur Geschlechtergerechtigkeit (z.B. mehr Selbstbestimmung für Frauen) beigetragen werden.
- Die Analyse von geschlechtsspezifischen Aspekten sollte in die Planungs- und Entscheidungsfindungsprozesse integriert werden.
 - In den Maßnahmen sollte es vermieden werden, Frauen darin zu ermutigen, sich für die Gesundheit anderer in ihrem Umfeld (Kinder, Partner_in etc.) verantwortlich zu fühlen. Beispielsweise sollten Projekte nicht darauf abzielen, dass Mütter dafür verantwortlich gemacht werden, dass sie ihre Kinder zu körperlicher Aktivität und Sport motivieren.
 - Kulturelle Hintergründe und Rahmenbedingungen sollten reflektiert und in der Umsetzung berücksichtigt werden.
 - Es sollte berücksichtigt werden, dass Frauen und Männer keine homogenen Gruppen darstellen. Daher sollten Maßnahmen entwickelt werden, die Männer und Frauen aus verschiedenen Bevölkerungsgruppen (z.B. sozioökonomische Statusgruppen, Berufsgruppen, ethnische Gruppen etc.) ansprechen und deren Bedürfnisse berücksichtigen.
 - Durch die Vernetzung von Personen mit gemeinsamen Problemen und Interessen können Lernprozesse und Innovationen angestoßen werden.

Weitere Informationen (Hintergrundinformationen, Tools etc.) zum Thema Gender Transformative Gesundheitsförderung sind auf der Website „Gender Transformative Health Promotion“ (<https://promotinghealthinwomen.ca>) zu finden.

Factbox

- Die angemessene Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten auf verschiedenen Ebenen trägt dazu bei, die Qualität von gesundheitsfördernden Maßnahmen hinsichtlich der Bedürfnisse von Männern und Frauen zu optimieren.

- Neuere Ansätze streben die Veränderung gesundheitsrelevanter Geschlechterrollen an.

²⁹⁹ Pederson et al. 2015, S. 144

³⁰⁰ Pederson et al. 2015; Jahn 2016

³⁰¹ Gender Transformative Health Promotion 2017

5. SPEZIALTHEMEN

5.1. Kinder- und Jugendgesundheit aus der Genderperspektive

5.1.1. Einleitung

Empirische Befunde belegen, dass zwischen Buben und Mädchen Unterschiede in der Mortalität und Morbidität bestehen. Teilweise sind die Unterschiede auf biologische Faktoren zurückzuführen.³⁰² Folgend werden genderspezifische Merkmale der Kinder- und Jugendgesundheit beleuchtet. Beginnend mit einem soziodemographischen Einblick werden Ressourcen sowie Belastungen und Risikofaktoren von Kindern und Jugendlichen betreffend die Gesundheit näher betrachtet. Das unterschiedliche Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen wird analysiert. Abschließend erfolgt ein kurzer Einblick in die Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen in Oberösterreich. Zudem wird die genderspezifische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter in Bezug auf Chancengerechtigkeit dargestellt.

5.1.2. Soziodemografie

2014 verstarben österreichweit im ersten Lebensjahr 130 männliche und 119 weibliche Säuglinge. Der überwiegende Teil starb aufgrund von Komplikationen vor, während oder nach der Geburt. 68 männliche und 64 weibliche Säuglinge starben wegen perinataler Erkrankungen. 41 männliche und 43 weibliche Kinder starben an angeborenen Fehlbildungen. Neun männliche und zwei weibliche Säuglinge starben an plötzlichem Kindstod (SIDS - Sudden Infant Death Syndrome).³⁰³ Die internationale Studienlage zeigt auf, dass plötzlicher Kindstod bei männlichen Säuglingen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auftritt als bei weiblichen Säuglingen. Das höchste Risiko ist im Alter von zwei bis vier Monaten vorhanden. Zudem ist das Risiko bei Frühgeburten und Säuglingen mit niedrigem Geburtsgewicht erhöht. Weitere Risikofaktoren sind ein niedriger Bildungsgrad, ein niedriger sozioökonomischer Status, wenig vorgeburtliche und nachgeburtliche Betreuung, Rauchen während der Schwangerschaft und nach der Geburt. Zudem ist das Risiko für Mütter unter 20 Jahren erhöht.³⁰⁴

Die langfristige Entwicklung der Säuglings- und Müttersterblichkeit in Österreich sowie die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht ist im Kapitel „Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ zu finden.

5.1.3. Gesundheitliche Ressourcen

Folgend werden die Unterschiede von Mädchen und Buben hinsichtlich gesundheitlicher Ressourcen analysiert. Dazu werden überwiegend die österreichischen Daten aus der Health-Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie

herangezogen. Die HBSC-Studie untersucht den Gesundheitszustand, das Gesundheits- und Risikoverhalten sowie die sozialen Determinanten von Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen.³⁰⁵

Persönliche Ressourcen

Selbstwirksamkeit

Als Selbstwirksamkeit wird das Vertrauen einer Person in die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten, alltägliche Probleme adäquat bewältigen zu können, bezeichnet. Selbstwirksamkeit ist für die Förderung der psychischen Gesundheit ein wichtiger Faktor. Quellen der Selbstwirksamkeit sind vorrangig eigene Erfolgserlebnisse, an anderen beobachtete Bewältigungserfahrungen sowie Feedback und verbale Ermutigungen. Gemäß HBSC-Befragung 2010 berichtete rund jede/r fünfte Schüler_in im Alter von 11, 13 und 15 Jahren über eine hohe und rund zwei Drittel über eine „eher hohe“ Selbstwirksamkeit, während rund 14 Prozent ihre Selbstwirksamkeit als (eher) gering einstufen. Hinsichtlich Alter und Geschlecht wurden keine nennenswerten Unterschiede festgestellt.³⁰⁶ Ein hoher Familienwohlstand bedeutet häufiger eine bessere Ausprägung bezüglich der Selbstwirksamkeit als ein niedriger Familienwohlstand.³⁰⁷

Soziale Ressourcen

Die Familie ist eine der wichtigsten Einflussfaktoren für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Qualität familiärer Beziehungen hat einen Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten von Kindern und Jugendlichen. In der HBSC-Befragung 2014 wurde festgestellt, wie leicht oder schwer es den befragten Kindern und Jugendlichen fällt, private Dinge mit Mutter und Vater bzw. den „Patchwork“-Äquivalenten zu besprechen. Dem Großteil (83%) der Schüler_innen fällt es leicht oder sehr leicht mit ihrer Mutter über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen oder wichtig sind. Knapp 13 Prozent berichten, dass es ihnen schwer falle und 4 Prozent meinen, dass es ihnen sehr schwer falle. Die Kommunikation mit dem Vater wird laut HBSC-Studie als schwieriger wahrgenommen. Knapp zwei Drittel (65%) berichten, dass es ihnen leicht oder sehr leicht fällt mit ihrem Vater über Dinge zu sprechen, die ihnen nahe gehen oder wichtig sind. 24 Prozent fällt dies schwer und 12 Prozent sehr schwer.³⁰⁸

Mütterliche und väterliche Interaktionen mit ihren Kindern unterscheiden sich in quantitativer wie qualitativer Hinsicht. Die Verantwortung für die Betreuung der Kinder wird meist zwischen den beiden Elternteilen in gewissem Ausmaß geteilt. Allerdings verbringen Mütter (auch berufstätige Mütter) immer noch viel mehr Zeit mit ihren Kindern als Väter. Während Mütter mehr Zeit mit ihren Töchtern als mit ihren Söhnen verbringen, ist dies bei Vätern umgekehrt. Mütter neigen eher zur Versorgung, Pflege und emotionalen Unterstützung der Kinder, wohingegen Väter mehr mit ihren Kindern spielen.³⁰⁹

³⁰⁵ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 1

³⁰⁶ Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 73

³⁰⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 223

³⁰⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 58-62

³⁰⁹ Siegler, DeLoache & Eisenberg (2011), S. 472-473

Eine gute Kommunikationsbasis mit den Eltern kann das Gesundheits- und Risikoverhalten positiv beeinflussen. Dies könnte mit einer verbesserten subjektiven Gesundheit und Lebenszufriedenheit, einer niedrigeren Beschwerdelast, einer gesünderen Ernährungsweise, einer vermehrten körperlichen Aktivität sowie einem verringerten Rauch- und Alkoholkonsum einhergehen. Allerdings sind hier auch sozioökonomische Einflussfaktoren zu beachten.³¹⁰

Neben der Familie sind auch die Freunde für Kinder und Jugendliche bedeutend. Laut HBSC-Befragung 2014 geben die österreichischen Schüler_innen ein eher hohes Maß an Unterstützung im Freundeskreis an (5,7 Punkte auf einer siebenstufigen Skala, auf der eins „sehr wenig“ und sieben „sehr viel“ soziale Unterstützung durch Freundinnen oder Freunde bedeutet). Es gibt keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Mädchen schätzen die Unterstützung durch Freund_innen in allen Altersgruppen etwas höher ein als Buben.³¹¹

Bildung und Arbeit

Genderspezifische Bildungsunterschiede

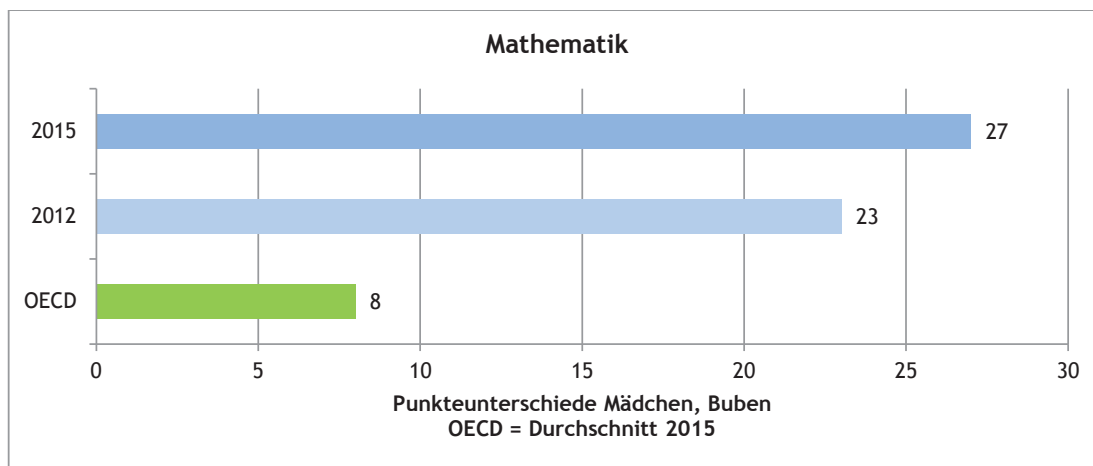
Pisa steht für „Programme for International Student Assessment“. Die OECD führt die Pisa-Studie alle drei Jahre durch. Die Kenntnisse von 15- und 16-jährigen Schüler_innen in Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften werden getestet. Die Pisa-Studie 2015 zeigt auf, dass in Österreich der Leistungsunterschied zwischen Buben und Mädchen im Vergleich zu den anderen Ländern am größten ist. Konkret betrifft dies Mathematik und die Naturwissenschaften. OECD-weit erreichen Buben in Mathematik im Schnitt acht Punkte mehr als Mädchen, in Österreich

sind es 27 (siehe Abbildung 100). Dies ist mit einem Leistungsunterschied von fast einem ganzen Lernjahr gleichzusetzen. In den Naturwissenschaften beträgt der Unterschied im OECD-Schnitt zwischen den Geschlechtern vier Punkte, in Österreich sind es 19 (siehe Abbildung 101).

Der Geschlechterunterschied vergrößerte sich dabei in den letzten Jahren. Erklärungen für diese Unterschiede zwischen den Geschlechtern liefert Pisa nicht. Die Studie zeigt allerdings, dass es keine Unterschiede geben muss. In 18 von 38 Ländern unterscheiden sich die Mathematikleistungen zwischen Buben und Mädchen nicht. Beim Lesen ist in Österreich ein umgekehrter Gender-Gap festzustellen. Hier schneiden die Mädchen besser ab. Der Abstand von 20 Punkten ist international ähnlich (siehe Abbildung 102).³¹²

In diesem Zusammenhang ist die Legasthenie zu erwähnen. Legasthenie ist eine Lese- und Rechtschreibstörung, Lese-Rechtschreib-Schwäche oder Lese-Rechtschreib-Schwierigkeit (LRS). Legastheniker weisen Probleme mit der Umsetzung der gesprochenen in geschriebene Sprache und umgekehrt auf. Es wird angenommen, dass eine genetische Disposition, Probleme bei der auditiven und visuellen Wahrnehmungsverarbeitung, bei der Verarbeitung von Sprache und vor allem bei der phonologischen Bewusstheit ursächlich sind. Etwa 5 Prozent der Kinder und Jugendlichen leiden an einer LRS. Buben sind zwei bis drei Mal häufiger betroffen als Mädchen. Dies betrifft vor allem die Rechtschreibstörung.³¹³

Abbildung 100: Punkteunterschiede der Pisa-Ergebnisse - Mathematik (Österreich und OECD)

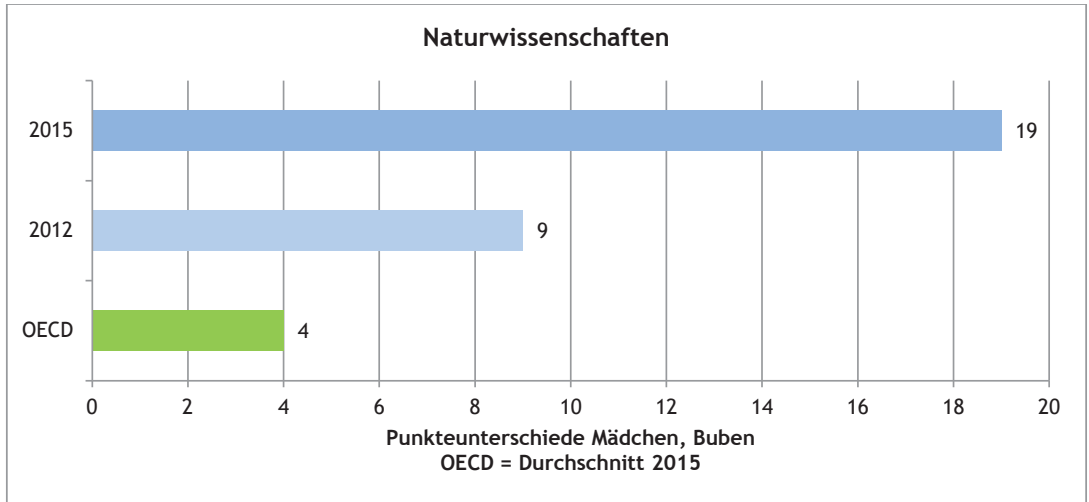


Quelle: Neuhauser, J. 2016

³¹⁰ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 58-62
³¹¹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 63

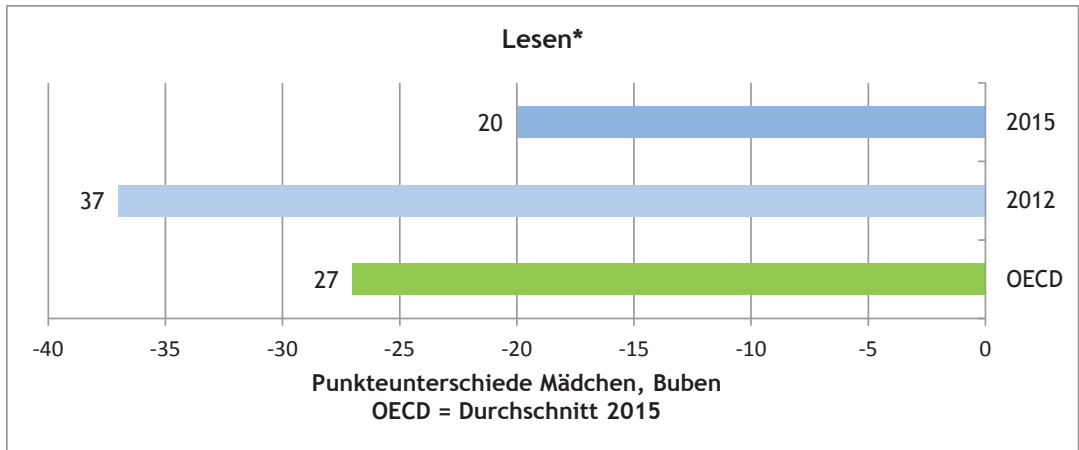
³¹² Neuhauser, 2016
³¹³ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2016, S. 5

Abbildung 101: Punkteunterschiede der Pisa-Ergebnisse - Naturwissenschaften (Österreich und OECD)



Quelle: Neuhauser, J. 2016

Abbildung 102: Punkteunterschiede der Pisa-Ergebnisse - Lesen (Österreich und OECD)



Quelle: Neuhauser, J. 2016

* Die geringere Differenz dürfte zum Teil damit zusammenhängen, dass der Pisa-Test 2015 erstmals am Computer durchgeführt wurde.

Lehre

In Österreich ist die Auswahl der Lehrberufe sehr traditionell geprägt. Bei den weiblichen Lehrlingen dominieren Ausbildungen im Einzelhandel, als Bürokauffrau sowie Friseurin und Perückenmacherin (Stylistin). Bei den männlichen Lehrlingen überwiegen Metalltechnik, Elektrotechnik und Kraftfahrzeugtechnik. Die Berufswahl ist bei Männern breiter gestreut.³¹⁴

Early School Leavers (ESL)

Als Early School Leavers (ESL) werden Jugendliche bezeichnet, deren höchste abgeschlossene Ausbildung die Pflichtschule ist und die in den letzten vier Wochen des Beobachtungszeitraumes keine Ausbildung absolvieren. Bildungsabbruch ist durch ein erhöhtes Risiko von dauerhafter Armut und Arbeitslosigkeit gekennzeichnet.³¹⁵ Die Quote der frühen Ausbildungsabbrecher_innen liegt in Oberösterreich bei 9 Prozent der männlichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren und 8 Prozent der weiblichen Jugendlichen dieser Altersgruppe.³¹⁶ Europa-weit gesehen sind vermehrt junge Männer und Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund Schulabbrecher_innen.³¹⁷

NEET

NEET bedeutet „not in employment, education or training“. Dazu gehören Jugendliche, die weder im Beschäftigungs- noch im (Aus-) Bildungssystem integriert sind und keine Trainingsmaßnahme absolvieren. Jugendliche mit Migrationshintergrund und Jugendliche mit frühem Schulabgang sind besonders gefährdet, einen NEET-Status anzunehmen. Das NEET-Risiko steigt, wenn die Eltern

nur über einen Pflichtschulabschluss verfügen. Das NEET-Risiko erhöht sich als Folge von Betreuungspflichten von Kleinkindern³¹⁸, früheren Arbeitslosigkeitserfahrungen sowie Krankheiten bzw. Beeinträchtigungen.³¹⁹ Für Frauen, Personen zwischen 20 und 24 Jahren und Migrant_innen besteht ein erhöhtes NEET-Risiko.³²⁰ 2013 galten 6 Prozent der 15- bis 24-jährigen Oberösterreicher_innen als NEETs.³²¹

Exkurs: Geschlechterunterschiede in PISA (von Johann Bacher, Robert Moosbrugger)

Johann Bacher, Robert Moosbrugger (beide JKU)

Bei PISA 2015 traten in Österreich deutliche Geschlechterunterschiede zu Tage. Im Lesen erzielten die Mädchen um 20 Punkte bessere Leistungen, in Mathematik und in den Naturwissenschaften waren die Burschen im Durchschnitt um 27 bzw. 18 Punkte besser (siehe Tabelle 5). Innerhalb der an PISA teilnehmenden Länder traten in Österreich in Mathematik und in den Naturwissenschaften die größten Geschlechterunterschiede auf, während sie im Lesen dagegen vergleichsweise gering ausfielen (Suchán/Breit 2016: 111-117).

Tabelle 5: Ergebnisse von PISA

PISA	Lesen			Mathematik			Naturwissenschaften		
	Mädchen	Burschen	Diff.	Mädchen	Burschen	Diff.	Mädchen	Burschen	Diff.
2003	514	467	47	502	509	-7	-	-	-
2006	513	468	45	494	517	-23	507	515	-8
2009	490	449	41	486	506	-20	490	498	-8
2012	508	471	37	494	517	-23	501	510	-9
2015	495	475	20	483	510	-27	486	504	-18

Werte entnommen aus: Suchán/Breit (2016: 116)

³¹⁴ Nagl et al., 2013
³¹⁵ Weißl & Gabrle, 2010, S. 18
³¹⁶ AK Oberösterreich, 2016, S. 9
³¹⁷ Europäische Kommission, 2006, S. 2

³¹⁸ Betreuungspflichten von Kleinkindern betreffen vor allem Frauen
³¹⁹ Bacher et al., 2013
³²⁰ Johannes Kepler Universität, 2015, S. 44
³²¹ Johannes Kepler Universität, 2015, S. 56

Auffallend zu den vorausgehenden PISA-Testungen ist (siehe Tabelle 1), dass sich die Differenzen im Lesen von 47 auf 20 Punkte reduziert haben, während jene in Mathematik von 7 auf 27 Punkte und in den Naturwissenschaften von 8 auf 18 gestiegen sind. Ursache hierfür ist, dass sich die Mädchen verschlechtert haben, während bei den Burschen gleichbleibende Ergebnisse oder - wie im Lesen - leichte Verbesserungen beobachtbar sind. Die Verbesserung der Leseleistungen der Burschen könnte möglicherweise durch den Einsatz neuer Medien erklärt werden. In der Literatur finden sich zumindest Hinweise, dass die Lesemotivation von Burschen durch den Einsatz neuer Medien gesteigert werden kann (Bertschi-Kaufmann 2001). Berechnet man etwa den Durchschnitt in allen drei Testbereichen, so schnitten die Mädchen bis 2009 besser ab. 2012 ergibt sich nur mehr ein leichtes Plus für die Mädchen, das sich 2015 in ein Plus der Burschen umdreht.

Ungeklärt ist allerdings noch, ob die Umstellung der Testdurchführung von Paper-Pencil Tests hin zu computerbasierten Testungen Burschen entgegengekommen ist und deren gutes Abschneiden erklärt.

In den Schulstatistiken bildet sich dieser Trend (noch) nicht ab (siehe Tabelle 6). Der Anteil der Mädchen in den Gymnasien (AHS-Unter- und AHS-Oberstufe) beträgt konstant 54% und liegt damit um etwa 5% über den Erwartungswert von 49%³²² bei fehlenden Unterschieden. In den berufsbildenden höheren Schulen zeigt sich ebenfalls mit 50 bis 51% ein leichtes Übergewicht der Mädchen. Aussagekräftiger sind die Maturant_innenzahlen, da durch ein häufigeres Wiederholen von Burschen mehr - auch ältere Burschen - im Schulsystem sind und daher die Anteilswerte der Mädchen reduziert werden (Bacher/Beham/Lachmayr 2008). Für den Maturant_innenanteil ergibt sich mit 58% ein deutliches Übergewicht der Mädchen.

Tabelle 6: Schulbesuchs- und Abschlussquoten nach Geschlecht

Schuljahr	Mädchenanteil in %			
	AHS (Unter- und Oberstufe)	AHS (Unterstufe)	BHS	Bestandene Matura (insgesamt)
2002/03	54	52	51	58
2005/06	54	52	50	58
2008/09	54	52	51	58
2011/12	54	52	51	58
2014/15	54	52	50	58

Quelle: Statistik Austria (2016)

Hinsichtlich der formalen Bildungsabschlüsse bestehen somit nach wie vor gleichbleibende Geschlechterunterschiede zugunsten der Mädchen. In PISA zeigt sich dagegen eine Reduktion der Geschlechterunterschiede. Dass PISA und der formale Bildungserfolg nicht übereinstimmen, lässt sich dadurch erklären, dass in den Lehrplänen auch Kompetenzen verankert sind, die PISA nicht erfasst, wie z.B. Rechtschreiben, Literatur und Literaturgeschichte, die aber in die Benotung einfließen. Relevanter für die Geschlechterunterschiede ist aber der Sachverhalt, dass in die Schulnoten neben Leistungsaspekten auch andere Aspekte einfließen. Auf Basis ihrer Analysen der PISA 2003 Daten kamen Schreiner, Breit & Haider (2008: 220) zum Ergebnis, „dass Mädchen für die gleiche Mathematiknote weit nicht so hohe Leistungen erbringen müssen wie ihre Kollegen“. Bezogen auf AHS-Schüler_innen, die mit Sehr Gut bewertet wurden, lag der Median der Mathematikkompetenz aus PISA bei weiblichen Schülern bei 600, während dieser bei den männlichen bei etwa 650 Punkten lag.

„Leistungsbeurteilung in Form von Noten gehört in Österreich noch immer zum schulischen Alltag. Noten sind Lehrerurteile, deren Qualität unterschiedlich sein kann. [...] Da die Vergabe von Berechtigungen in Österreich an schulische Leistungsbeurteilung gekoppelt ist, ist die Qualität der Urteile von großer Wichtigkeit“ (Schreiner/Breit/Haider 2008: 211f.).

Auch Eder (2007) beobachtete in seiner Studie zum Befinden österreichischer Schüler_innen einen Notenvorsprung der Mädchen. Dieser betrifft vor allem die Fächer Deutsch und Englisch, aber auch die Mathematiknoten am Ende der Sekundarstufe I.

³²² Der Anteil der Mädchen in der Altersgruppe der 0- bis 20-Jährigen beträgt 48,7%. Gäbe es keine Geschlechterunterschiede im Schulbesuch, müsste der Mädchenanteil in allen Schulformen 48,7% betragen.

Teilweise relativiert werden die direkten Einflüsse des Geschlechts auf die Schulnoten durch das Miteinbeziehen anderer Variablen. Bei Schreiner, Breit & Haider (2008: 222) trugen eine positive Einstellung zur Schule, ein gutes Schüler-Lehrer-Verhältnis und hohe Zufriedenheit mit der Schule zur Varianzaufklärung der Mathematiknoten der AHS-Schüler_innen bei. Auch Lintorf (2010) kommt bezogen auf deutsche TIMSS Daten bspw. zum Ergebnis, dass Notenunterschiede zwischen den Geschlechtern zum Teil durch motivationale Aspekte erklärt werden können. Überblicke zur empirischen Befundlage für die Objektivität von Schulnoten hinsichtlich des Merkmals Geschlecht lassen sich unter anderem bei Lintorf (2010: 67ff.), Holmeier (2013: 157ff.) oder Stanat und Bergmann (2010) finden. Zusammenfassend kann mit Lintorf (2010: 97) festgehalten werden, „dass Mädchen besser benotet werden als Jungen. Dieser Notenvorteil hat auch bei Berücksichtigung der Schulleistung Bestand“. Ein Teil der Unterschiede kann durch besseres Arbeits- und Sozialverhalten der weiblichen Schüler erklärt werden (ebd.), was die Frage aufwirft, welche Aspekte in die Notenvergabe mit welchem Gewicht einfließen sollen.

Zur Erklärung der Geschlechterunterschiede in der Schullaufbahn haben wir seit 2008 mehrere empirische Studien (Bacher/Beham/Lachmayr 2008; Leitgöb/Bacher/Lachmayr 2011; Leitgöb/Paseka/Bacher/Altrichter 2012) durchgeführt. Unsere Befunde deuten darauf hin, dass das bessere Abschneiden der Mädchen entwicklungsbezogen erklärt werden kann. Burschen, insbesondere in der Pubertät, gehen häufiger devianten, Schulleistungen nicht fördernden Verhaltensweisen in der Freizeit und in der Schule nach.

So z.B. zeigen 15- bis 16-jährige Burschen häufiger ein hedonistisches Freizeitverhalten, d.h., sie gehen häufiger auf Partys und in die Disco, konsumieren häufiger Alkohol und andere Substanzen und üben häufiger verbotene Aktivitäten aus, während Mädchen derselben Altersgruppe signifikant häufiger kreativ-kulturelle Freizeitaktivitäten ausüben. Burschen führen somit öfters in ihrer Freizeit Aktivitäten aus, die den Schulerfolg nicht fördern. In Österreich wirken sich diese Unterschiede wegen der Halbtagstruktur der Schule besonders deutlich aus.

Auch in der Schule zeigen Burschen häufiger unerwünschte Verhaltensweisen und werden daher häufiger von den Lehrkräften negativ sanktioniert. Dieser Befund stimmt mit den oben genannten Ergebnissen zur Notengebung überein. Dass hier möglicherweise unbewusste Zuschreibungen zum Tragen kommt lässt sich aus interaktionistischen Studien zum Doing Gender (Faulstich-Wieland et al. 2004) in der Schule ableiten. Entsprechend diesem Erklärungsschema zeigen Burschen Verhaltensweisen, die sich an den dominanten Männlichkeitsmustern orientieren. Das führt zu Verhaltensvorteilen der Burschen in Interaktionen unter Gleichaltrigen, wirkt sich aber auf die Lehrer-Schüler-Beziehung negativ aus.

Nicht bestätigt werden konnte für Österreich empirisch die Vermutung, dass das Geschlecht der Lehrkraft einen Einfluss auf den Bildungserfolg von Burschen und Mädchen hat (Bacher/Beham/Lachmayr 2008; Leitgöb/Paseka/Bacher/Altrichter 2012). Bezüglich des Lesens erwies sich die Art der Lektüre als relevant. Die für PISA 2015 festgestellten Geschlechterunterschiede würden wir vor dem Hintergrund dieser Befunde dadurch erklären, dass sich Mädchen im Freizeitverhalten den Burschen annähern und daher ihre Kompetenzen sinken. Dass sie im Lesen nach wie vor besser abschneiden als Burschen und umgekehrt Burschen in Mathematik besser als Mädchen sind, ist durch nach wie vor bestehende Geschlechterstereotype und entsprechende Zuschreibungen und Verhaltensweisen bedingt. Dass sich dies alles noch nicht in der offiziellen Schulstatistik abbildet, hat vermutlich damit zu tun, dass die Veränderungen im Freizeitverhalten noch nicht in der Schule angekommen sind.

Insgesamt ist anzumerken, dass die Geschlechterunterschiede deutlich geringer ausfallen als jene nach Migrationshintergrund oder nach sozialer Herkunft (Bacher/Leitgöb/Weber 2012). Die zentrale Bildungsungleichheiten generierende Dimension in Österreich ist nach wie vor jene nach Bildung der Eltern. Mit Abstand folgt der Migrationshintergrund. Das Geschlecht der Schüler_innen ist nur von untergeordneter Bedeutung.

5.1.4. Gesundheitliche Belastungen und Risikofaktoren

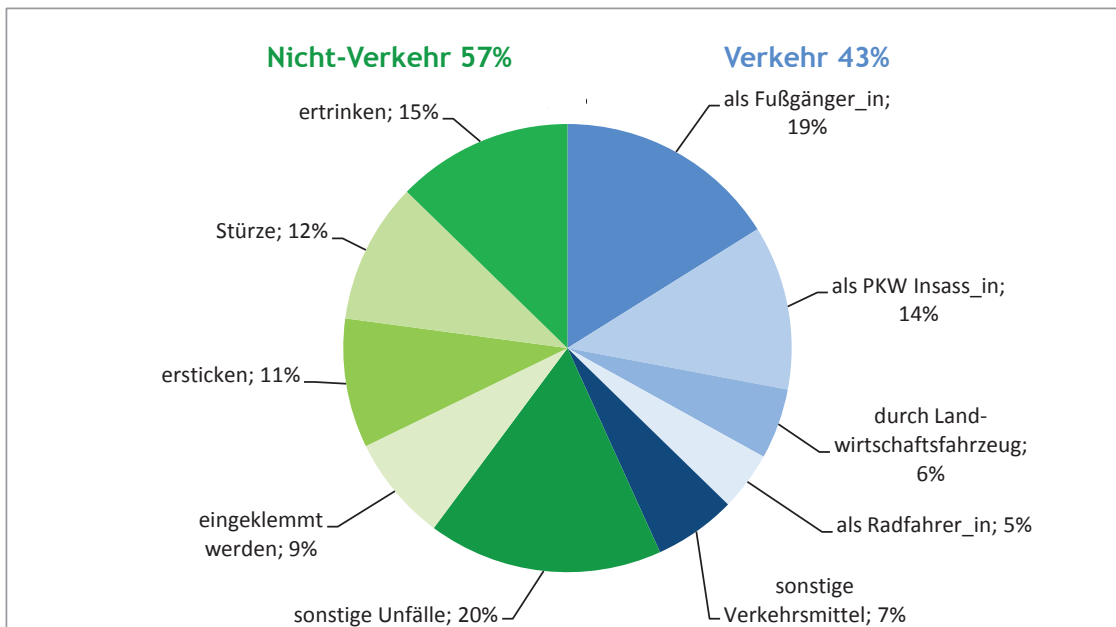
Folgend werden die Unterschiede von Mädchen und Buben hinsichtlich gesundheitlicher Belastungen und Risikofaktoren analysiert.

Unfälle

57 Prozent der tödlichen Kinderunfälle (bis 14 Jahre) in Österreich ereigneten sich 2010 bis 2014 außerhalb des Verkehrs (ertrinken, Stürze, ersticken, eingeklemmt werden, sonstige Unfälle). 43 Prozent der tödlichen Kinderunfälle waren auf Verkehrsunfälle zurückzuführen (als Fußgänger_innen, als PKW Insass_in, durch Landwirtschaftsfahrzeug, als Radfahrer_innen, sonstige Verkehrsmittel) (siehe Abbildung 103).³²³

³²³ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014a

Abbildung 103: Tödliche Kinderunfälle 2010-2014 nach Unfallarten in Österreich



Quelle: Kuratorium für Verkehrssicherheit 2014a

In Oberösterreich gab es im Jahr 2016 bei Straßenverkehrsunfällen 427 Kinderunfälle von Kindern im Alter von 0 bis 14 Jahren. 487 Kinder wurden verletzt, ein Kind wurde getötet.³²⁴

Im Jahr 2014 verunglückten in Oberösterreich 119 (21%) Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 14 Jahren als Fußgänger_innen. Ebenso viele verunglückten als Radfahrer_innen. Aufgrund eines PKW-Unfalles verunglückten 232 (42%) Kinder und Jugendliche als Mitfahrer_innen. 86 (15%) Kinder und Jugendliche verunglückten aufgrund sonstiger Verkehrsunfälle.³²⁵

124 Buben und 112 Mädchen im Alter von 0 bis 9 Jahren wurden 2014 bei Verkehrsunfällen verletzt. Im Alter von 10 bis 19 Jahren waren es 1.152 männliche Verkehrsteilnehmer und 910 weibliche Verkehrsteilnehmerinnen. Buben im Alter von 10 bis 19 Jahren sind über alle Altersgruppen hinweg (0 bis 90+) am meisten gefährdet. 22 Prozent der männlichen Verletzten waren Buben in dieser Altersgruppe. Die Anzahl männlicher Gesamtverletzter beträgt 55 Prozent. 22 Prozent der weiblichen Verletzten waren Mädchen in der Altersgruppe von 10 bis 19 Jahren.³²⁶ Im Jahr 2014 wurde in Oberösterreich ein Mädchen im Alter von 0 bis 9 Jahren bei einem Verkehrsunfall getötet.

Im Alter von 10 bis 19 Jahren wurden acht männliche Verkehrsteilnehmer und eine weibliche Verkehrsteilnehmerin getötet. Die höhere Gefährdung der Männer insgesamt ist auf die höhere Verkehrsteilnahme, aber auch auf das risikoreichere Verhalten zurückzuführen.³²⁷

In Österreich ereigneten sich im Jahr 2014 insgesamt 40.700 spitalsbehandelte Sportunfälle und 82.100 spitalsbehandelte Heim- und Freizeitunfälle von Kindern im Alter von 0 bis 14 Jahren. Bei den Buben wurden 25.200 Sportunfälle und 45.800 Heim- und Freizeitunfälle verzeichnet. Bei den Mädchen wurden 15.500 Sportunfälle und 36.300 Heim- und Freizeitunfälle dokumentiert.³²⁸

2016 ereigneten sich in Oberösterreich insgesamt 5.916 Schülersportunfälle, wovon 3.082 Buben und 2.834 Mädchen betroffen waren.³²⁹

2014 verstarben elf Buben und drei Mädchen im Alter von 1 bis 9 Jahren an Unfällen und Vergiftungen.³³⁰ In der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen sind Unfälle die häufigste Todesursache. 2014 verunglückten 36 junge Männer (28% aller 10- bis 19-jährigen verstorbenen Männer) und neun junge Frauen (15% aller 10- bis 19-jährigen verstorbenen Frauen).³³¹

³²⁴ Statistik Austria, 2017

³²⁵ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014b

³²⁶ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014a

³²⁷ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014d

³²⁸ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014c

³²⁹ AUVA, Abteilung Statistik, 2016

³³⁰ Statistik Austria, 2015a, S. 41

³³¹ Statistik Austria, 2015a, S. 41

Body-Mass-Index und Körperwahrnehmung

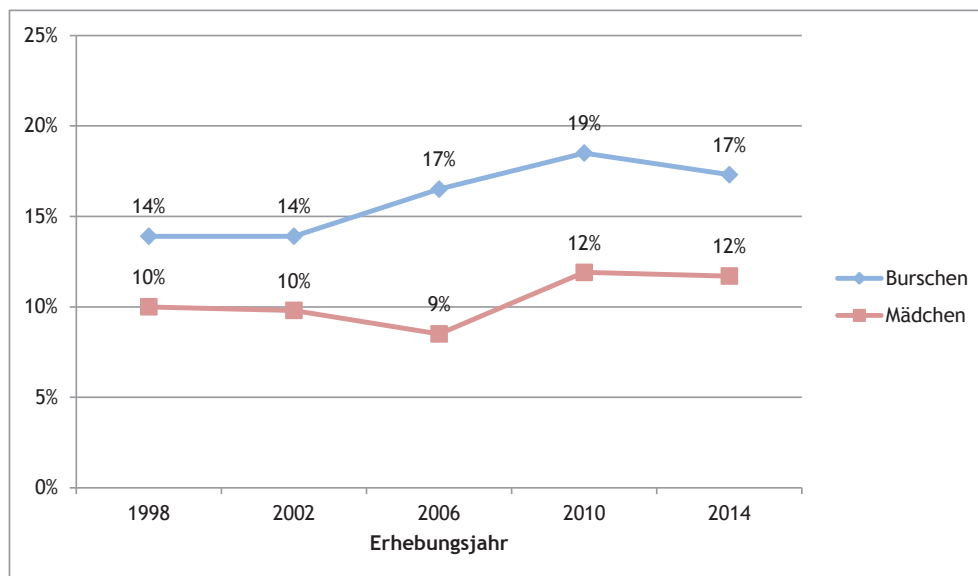
Folgende Ergebnisse zum Body-Mass-Index (BMI) beziehen sich auf die selbstberichteten Angaben zu Körpergröße und Körpergewicht. Daher sind diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren. Laut den Angaben der befragten Schüler_innen sind 85 Prozent (Mädchen: 88%, Buben: 82%) unter- oder normalgewichtig, 12 Prozent (Mädchen: 10%, Buben: 15%) übergewichtig und 3 Prozent (Mädchen: 2%, Buben: 3%) adipös. Buben haben in allen Altersgruppen eine höhere Prävalenz von Übergewicht.^{332,333}

Der Anteil übergewichtiger Kinder und Jugendlicher bleibt - mit Ausnahme eines leichten Anstieges zwischen 11 und 13 Jahren bei den Buben - über alle Altersgruppen relativ konstant. Wie bereits in der letzten HBSC-Erhebung gibt es eine starke Diskrepanz zwischen dem BMI aus dem Selbstbericht und der Körperwahrnehmung. Knapp die Hälfte (46%) berichtet, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben. Rund 15 Prozent fühlen sich „zu dünn“ und rund 4 von 10 Personen (39%) „zu dick“. Hier sind große Unterschiede zwischen den Geschlechtern festzustellen. Dies betrifft vor allem Jugendliche ab 13 Jahren. Der Anteil der Schüler_innen, die das Gefühl haben, „ungefähr das richtige Gewicht“ zu haben, ist bei Buben (51%) deutlich höher als bei Mädchen (42%). Buben (19%) wählen zudem häufiger die Kategorie „zu dünn“ aus als Mädchen (12%).

Mädchen (46%) hingegen ordnen sich öfter der Kategorie „zu dick“ zu als Buben (30%). Ältere Mädchen geben häufiger an, „zu dick“ zu sein, als jüngere Mädchen, obwohl der Anteil der Schülerinnen mit erhöhtem BMI ungefähr gleich bleibt. Bei den 11-jährigen Mädchen gibt gut ein Drittel (32%) an, sich „zu dick“ zu fühlen. Dieser Anteil steigt auf knapp über die Hälfte (52%) bei den 13-jährigen Mädchen und bleibt dann relativ konstant.³³⁴

Im Zeitverlauf zwischen 1998 und 2014 zeigt sich eine Zunahme des BMI. Die geschlechtsspezifischen Ergebnisse deuten darauf hin, dass diese bei Buben bereits 2002 eingetreten ist, während sie bei Mädchen erst seit 2010 beobachtet werden kann (siehe Abbildung 104). Die subjektive Körperwahrnehmung ist bereits seit 1994 Bestandteil im HBSC-Fragebogen. 2002 wurden jedoch die Antwortkategorien geändert, weshalb der Trend erst ab diesem Zeitpunkt dargestellt werden kann. Seit 2002 geben immer weniger Kinder und Jugendliche an, das Gefühl zu haben, genau das richtige Gewicht zu haben (Änderung zwischen 2002 und 2014: 53% auf 46%). Dieser Rückgang tritt bei Buben und Mädchen in ähnlicher Form auf. Von 2002 bis 2006 ist der Anteil der Schüler_innen, die berichten, eine Diät oder eine andere Methode zur Gewichtsreduktion anzuwenden, in allen Altersgruppen angestiegen. Seither ist eine konstante Entwicklung zu beobachten. Bezüglich des Geschlechts sind keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen.³³⁵

Abbildung 104: Relativer Anteil an übergewichtigen oder adipösen 11-, 13- und 15-jährigen Schüler_innen seit 1998 nach Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b

³³² Aufgrund der geringen Fallzahlen und der zu geringen Stichprobengröße ist keine Aussage hinsichtlich der Unterschiede der Adipositas-Rate zwischen den Geschlechtern möglich.

³³³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 26

³³⁴ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 26-27

³³⁵ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 89-90

BMI von Volksschüler_innen in Oberösterreich 2015/2016

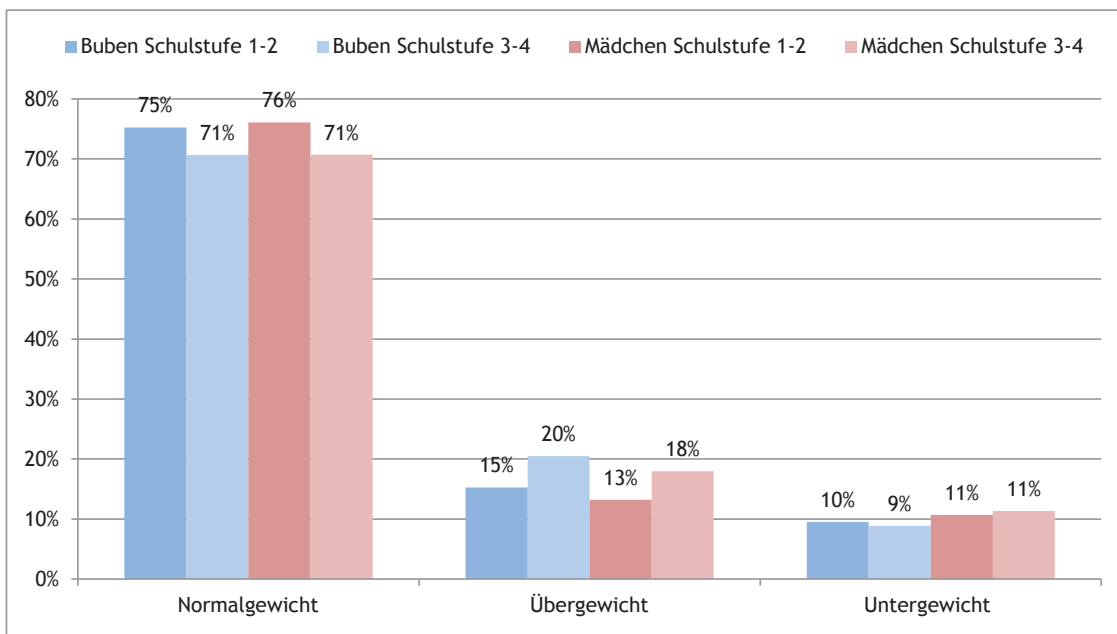
Laut Schuluntersuchungsdaten von Volksschüler_innen in Oberösterreich 2015/2016 sind je rund drei Viertel der Buben (75%) sowie der Mädchen (76%) aus der ersten und zweiten Schulstufe normalgewichtig. Rund 7 von 10 Schüler_innen der dritten und vierten Schulstufe sind normalgewichtig (Buben und Mädchen je 71%).³³⁶

Der Anteil der übergewichtigen Buben der ersten und zweiten Schulstufe (15%) ist geringfügig höher als der Anteil unter den Mädchen (13%). Der Anteil der übergewichtigen Volksschüler_innen nimmt mit dem Alter zu (20%

der Buben und 18% der Mädchen der dritten und vierten Schulstufe). Bei rund der Hälfte der übergewichtigen Kinder liegt bereits eine Adipositas vor.³³⁷

10 Prozent der Buben der ersten und zweiten Schulstufe und 9 Prozent der Buben der dritten und vierten Schulstufe sind untergewichtig. Der Anteil der untergewichtigen Mädchen ist geringfügig höher (je rund 11% in den Schulstufen 1-2 sowie 3-4)(siehe Abbildung 105).^{338,339}

Abbildung 105: BMI von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017

Volksschüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 10.149 (davon BMI bei 116 Volksschüler_innen unbekannt); 5.169 Buben (davon BMI bei 57 Buben unbekannt); 4.980 Mädchen (davon BMI bei 59 Mädchen unbekannt) (IGP-Grafik)

³³⁶ Land OÖ, 2017

³³⁷ Land OÖ, 2017

³³⁸ Land OÖ, 2017

³³⁹ Bei untergewichtigen Kindern liegt in den wenigsten Fällen eine Pathologie dahinter (z.B. im Rahmen einer chronischen Erkrankung), meist ist dies konstitutionell bedingt. (Auskunft von Frau Dr.ⁱⁿ Salomon und Frau Dr.ⁱⁿ Wallner, Land OÖ, Abteilung Gesundheit, 18.08.2017)

BMI von NMS-Schüler_innen in Oberösterreich 2015/2016

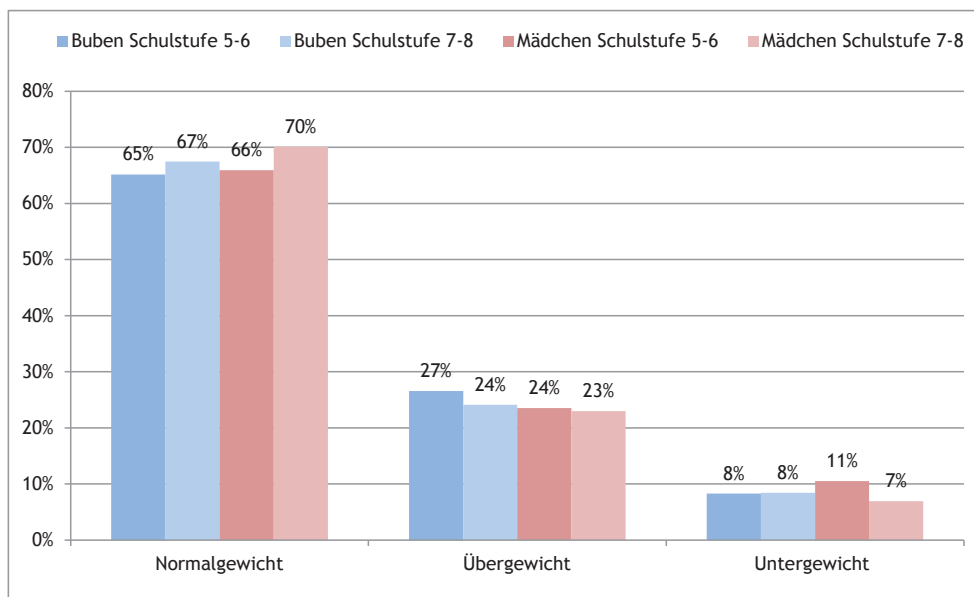
Laut Schuluntersuchungsdaten von NMS-Schüler_innen in Oberösterreich 2015/2016 sind je rund zwei Drittel der Buben (65%) und der Mädchen (66%) aus der fünften und sechsten Schulstufe der Neuen Mittelschule normalgewichtig. 67 Prozent der Buben der siebten und achten Schulstufe sowie 7 von 10 Mädchen (70%) sind normalgewichtig.³⁴⁰

Der Anteil der übergewichtigen Buben der fünften und sechsten Schulstufe (27%) ist geringfügig höher als der

Anteil der übergewichtigen Buben der siebten und achten Schulstufe (24%). Knapp ein Viertel der Mädchen (24%) der Schulstufen 5-6 bzw. 23% der Schulstufen 7-8) sind übergewichtig. Bei rund der Hälfte der übergewichtigen Kinder liegt bereits eine Adipositas vor.³⁴¹

8 Prozent der Buben sind untergewichtig. Der Anteil der untergewichtigen Mädchen sinkt von 11 Prozent in der fünften und sechsten Schulstufe auf 7 Prozent in der siebten und achten Schulstufe (siehe Abbildung 106).³⁴²

Abbildung 106: BMI von NMS-Schüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017

NMS-Schüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 7.305 (davon BMI bei 95 NMS-Schüler_innen unbekannt); 3.996 Buben (davon BMI bei 55 Buben unbekannt); 3.309 Mädchen (davon BMI bei 40 Mädchen unbekannt) (IGP-Grafik)

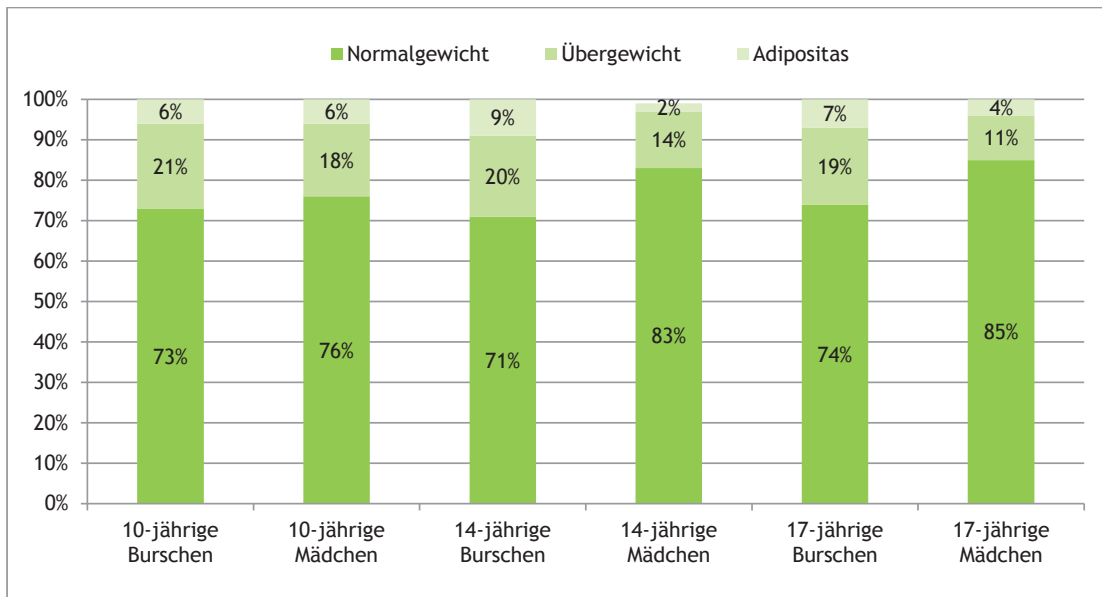
³⁴⁰ Land OÖ, 2017

³⁴¹ Land OÖ, 2017
³⁴² Land OÖ, 2017

BMI von 10-, 14- und 17-Jährigen nach Geschlecht
 Folgend werden Ergebnisse von gemessenen BMI-Daten von oberösterreichischen Schüler_innen der vierten, achten und elften Schulstufe aus dem Jahr 2012/2013 hinsichtlich Geschlecht und Altersgruppen analysiert.³⁴³

Bei den 10-jährigen Buben und Mädchen sind keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Body-Mass-Indexes zu erkennen. Hingegen nimmt bei den 14- und 17-jährigen Mädchen der Anteil an Normalgewichtigen gegenüber den Buben deutlich zu. Der Anteil der übergewichtigen und adipösen Mädchen nimmt mit dem Alter ab (siehe Abbildung 107).³⁴⁴

Abbildung 107: BMI-Klasse der Schüler_innen nach Geschlecht und Altersgruppen in Oberösterreich



Untersuchung im Auftrag der Landes-Frauen und Kinderklinik Linz an 114 oberösterreichischen Schulen (8 verschiedene Schultypen), insgesamt 2.960 Schüler_innen der 4., 8. und 11. Schulstufe (1.429 männlich, 1.487 weiblich), durchgeführt vom Studiengang ‚Prozessmanagement Gesundheit‘ an der FH OÖ Campus Steyr, 2012/2013 (Darstellung adaptiert durch Institut für Gesundheitsplanung)

Die Erhebungen zum BMI (HBSC, Schuluntersuchung OÖ, BMI-Messung FH Steyr) zeigen auf, dass Buben etwas häufiger übergewichtig sind als Mädchen.

Die sozialen Lebensumstände beeinflussen den BMI des Kindes. Übergewichtige oder adipöse Eltern haben häufiger übergewichtige oder adipöse Kinder. Je niedriger die Bildung der Eltern ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind übergewichtig oder adipös ist.³⁴⁵

³⁴³ Untersuchung im Auftrag der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz an 114 oberösterreichischen Schulen (8 verschiedene Schultypen), insgesamt 2.960 Schüler_innen der 4., 8. und 11. Schulstufe (1.429 männlich, 1.487 weiblich), durchgeführt vom Studiengang ‚Prozessmanagement Gesundheit‘ an der FH OÖ Campus Steyr, 2012/2013

³⁴⁴ FH Steyr, 2013, Folie 5; Folie 23

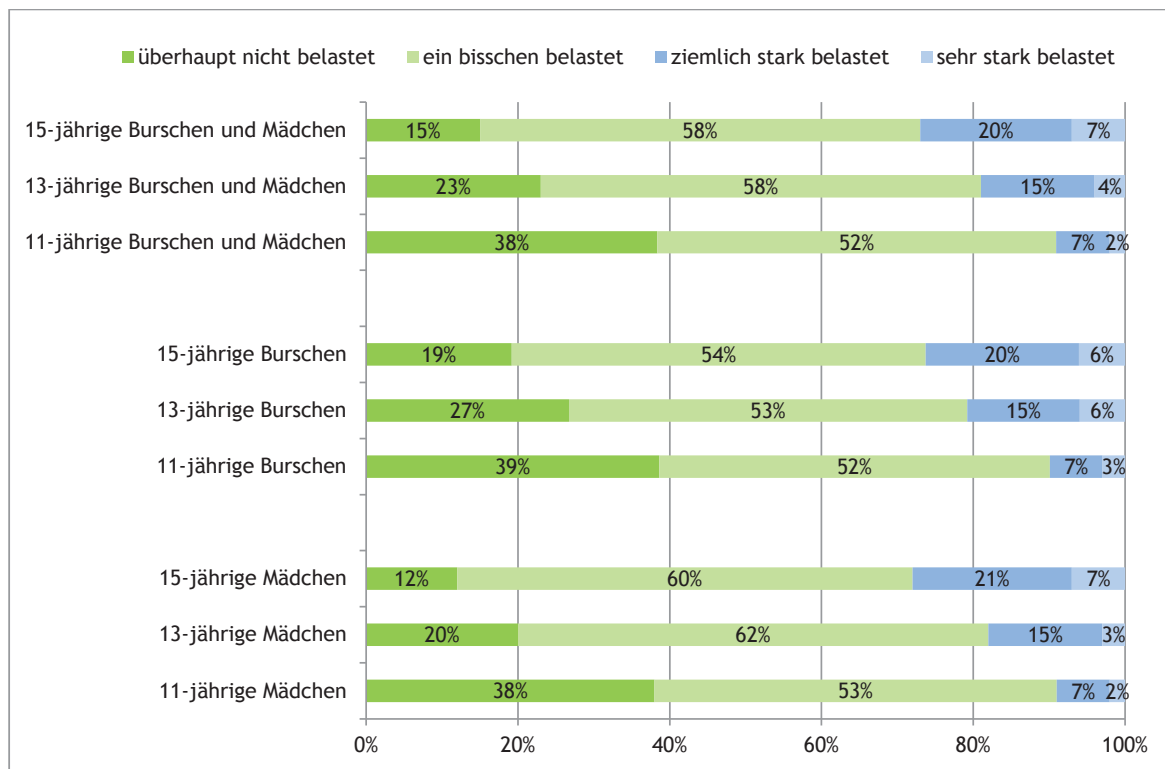
³⁴⁵ FH Steyr, 2013, Folie 23

Stress und Belastungen

Dauerhafter schulischer Stress bzw. dauerhafte Belastung können sich negativ auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auswirken. Verminderte Lebensqualität, Beeinträchtigung des subjektiven Gesundheitsempfindens, Reduzierung des psychischen Wohlbefindens und ein erhöhtes Risiko für körperliche und psychische Beschwerden können die Auswirkungen sein. Zudem kann schulischer Stress mit gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen wie dem Konsum von Tabak und Alkohol in Zusammenhang gebracht werden. Eine Unausgeglichenheit zwischen internen und externen Anforderungen sowie den zu ihrer Bewältigung verfügbaren Ressourcen sind die Ursachen von als Belastung empfundenem schulischem Stress.

Laut HBSC-Ergebnissen fühlten sich im Jahr 2014 rund drei Viertel der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler_innen durch die Anforderungen in der Schule belastet. Der Großteil der Schüler_innen (56%) gab eine geringe Belastung an, während rund 19 Prozent sich ziemlich bis sehr stark belastet fühlten. Am stärksten belastet fühlten sich die 15-Jährigen. 12 Prozent der Mädchen und 19 Prozent der Buben im Alter von 15 Jahren fühlen sich nicht belastet, während sich 7 Prozent der Mädchen und 6 Prozent der Buben stark belastet fühlen (siehe Abbildung 108).³⁴⁶

Abbildung 108: Schulbelastung der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler_innen nach Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2016 (IGP-Berechnungen)

³⁴⁶ Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 71-73

Bullying

„Bullying“ bezeichnet Aggression unter Schüler_innen. Bullying ereignet sich über einen längeren Zeitraum als systematische und wiederholte Aggression gegenüber Schwächeren. Es gibt unterschiedliche Formen von Bullying: Körperliches (z.B. schlagen, stoßen, treten), verbales (z.B. „dumme Sprüche“ nachrufen, drohen, hänseln) und indirektes Bullying (Gerüchte verbreiten oder jemanden ausschließen).³⁴⁷ Laut HBSC-Erhebung 2014 waren 14 Prozent der Schüler_innen von wiederholtem Bullying (mehrmals monatlich oder öfter) als Opfer betroffen. Wiederum sind 13 Prozent der Befragten Bullying-Wiederholungs-Täter_innen.³⁴⁸

Über ein Drittel (35%) der untersuchten Altersgruppen gab an, in den letzten paar Monaten an Bullying von Mitschüler_innen beteiligt gewesen zu sein. Buben sind in allen Altersgruppen häufiger beteiligt als Mädchen, wobei sich die altersspezifische Entwicklung zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Mädchen sind mit zunehmendem Alter immer häufiger Bullying-Täterinnen, mit 17 Jahren ist ein Rückgang zu beobachten. Bei Buben ist ein starker Anstieg zwischen 11 und 13 Jahren mit anschließendem Rückgang zu erkennen. Fast ein Drittel (32%) gibt an, in den letzten Monaten Opfer von Bullying geworden zu sein. Wie auch auf Täter_innen-Seite sind mehr Buben (32%) unter den Opfern als Mädchen (28%), wobei der Unterschied weniger stark ausgeprägt ist. Am häufigsten sind Buben und Mädchen im Alter von 13 Jahren von Bullying betroffen, mit höherem Alter ist ein Rückgang zu erkennen. Die Hälfte der Schüler_innen (50%) berichtete, in den letzten paar Monaten weder Opfer noch Täter_innen von klassischem Bullying gewesen zu sein, wobei dies auf Mädchen (58%) stärker zutrifft als auf Buben (40%). Buben waren häufiger nur Opfer (22%) oder Opfer und Täter (23%) von Bullying als Mädchen (14% bzw. 12%). In der Kategorie „nur Täter_innen“ ist das Ausmaß mit rund 15 Prozent zwischen den Geschlechtern ähnlich.³⁴⁹

5.1.5. Gesundheitsrelevantes Verhalten

Das gesundheitsrelevante Verhalten der erwachsenen Bevölkerung wurde im Kapitel „Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“ beschrieben. Folgend wird das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen näher betrachtet.

Ernährung

Rund die Hälfte (52%) der österreichischen Kinder und Jugendlichen berichtet, an Schultagen täglich zu frühstücken. Beinahe ein Drittel (33%) gibt an, nie zu frühstücken. Buben berichten häufiger als Mädchen, ein Frühstück einzunehmen (55% vs. 49% an allen Schultagen), wobei dies besonders 13- und 15-Jährige betrifft. Bei den 11- und 17-jährigen Schüler_innen ist kein Unterschied zwischen Mädchen und Buben festzustellen (siehe Abbildung 109).³⁵⁰

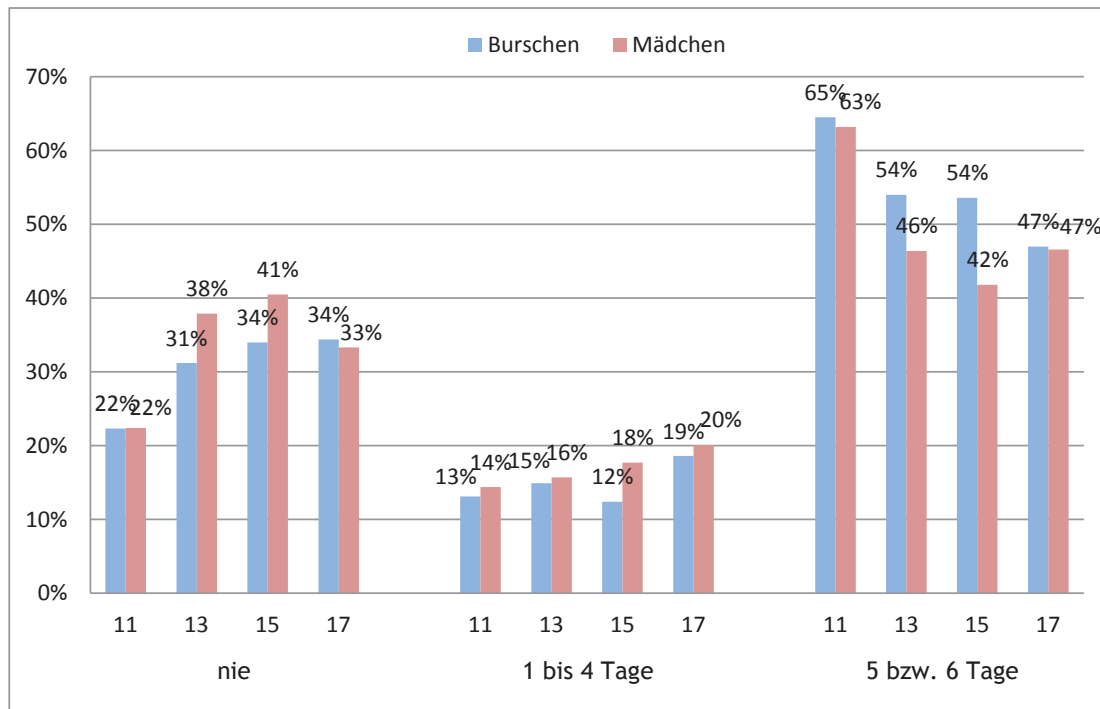
³⁴⁷ Stangl, o.J.

³⁴⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 53

³⁴⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 52-54

³⁵⁰ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 43-44

Abbildung 109: An wie vielen Schultagen in der Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler_innen frühstücken nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b

Gut ein Fünftel (21%) der Schüler_innen berichtet, täglich mit der Mutter und/oder dem Vater zu frühstücken. Dieser Anteil sinkt von 39 Prozent bei den 11-Jährigen auf 10 Prozent bei den 17-Jährigen. Buben frühstücken insgesamt häufiger mit ihren Eltern als Mädchen (25% vs. 18%). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern steigt zwischen 11 und 15 Jahren kontinuierlich an und sinkt dann wieder.³⁵¹

In Österreich wird das Abendessen öfter zusammen mit der Familie eingenommen als das Frühstück. Insgesamt berichten 36 Prozent der Kinder und Jugendlichen, täglich mit den Eltern zu Abend zu essen. Dieser Anteil sinkt mit dem Alter von 57 Prozent bei den 11-Jährigen auf 19 Prozent bei den 17-Jährigen. Zwischen den Geschlechtern sind kaum Unterschiede zu erkennen.³⁵²

Etwas weniger als die Hälfte (44%) der österreichischen Kinder und Jugendlichen berichtet, täglich Obst oder Früchte zu essen. Der Anteil ist bei Mädchen (49%) höher als bei Buben (37%). Gemüse wird laut Selbstbericht

im Schnitt von einem Drittel (31%) täglich gegessen. Buben (25%) essen weniger Gemüse als Mädchen (35%).³⁵³ Der tägliche Gemüsekonsum ist seit 2006 bei beiden Geschlechtern kontinuierlich im Steigen. Mädchen essen zu allen Zeitpunkten, absolut gesehen, öfter Gemüse als Buben.³⁵⁴

Fast ein Drittel der Kinder und Jugendlichen (28%) berichtet, täglich Süßigkeiten oder Schokolade zu konsumieren. Mädchen naschen häufiger als Buben (30% vs. 26%). Rund 4 Prozent der österreichischen Schüler_innen geben an, täglich Pizza, Döner oder Burger zu essen, wobei Buben (6%) diese Speisen etwas häufiger essen als Mädchen (3%). Durchschnittlich 16 Prozent der österreichischen Kinder und Jugendlichen trinken laut eigenen Angaben zuckerhaltige Limonaden wie beispielsweise Cola, Fanta oder Eistee. Zuckerhaltige Getränke werden von Buben (20%) deutlich häufiger konsumiert als von Mädchen (13%).³⁵⁵

³⁵¹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 43-44
³⁵² Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 45

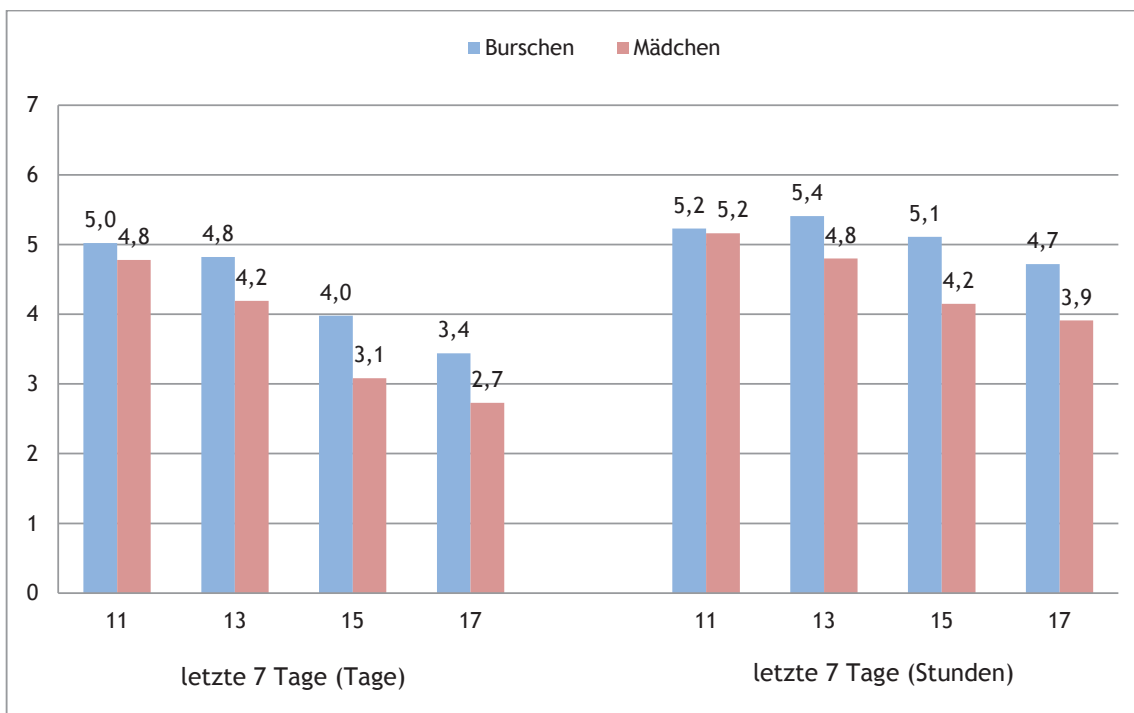
³⁵³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 40-41
³⁵⁴ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 10
³⁵⁵ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 40-43

Bewegung

Österreichische Schüler_innen im Alter von 11 bis 17 Jahren sind im Durchschnitt an rund 4 Tagen pro Woche für zumindest 60 Minuten moderat körperlich aktiv. Durchschnittlich sind sie über diese Tage verteilt 4,8 Stunden aktiv. Buben sind (durchschnittlich 4,4 Tage bzw. 5,2

Stunden pro Woche) etwas aktiver als Mädchen (durchschnittlich 3,6 Tage bzw. 4,5 Stunden pro Woche). Hierbei ist zu erwähnen, dass der Effekt des Geschlechts auf die körperliche Betätigung in beiden Fällen gering ist.³⁵⁶ Das Ausmaß an körperlicher Aktivität nimmt für beide Geschlechter mit dem Alter ab (siehe Abbildung 110).^{357,358}

Abbildung 110: Tage und Stunden, in denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler_innen in den letzten 7 Tagen körperlich aktiv waren nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b

17 Prozent der österreichischen Schüler_innen erfüllten im Jahr 2014 die Bewegungsempfehlungen von 60 Minuten täglich bei mittlerer bis höherer Intensität (Buben

23%, Mädchen 13%). Der Anteil ist von rund 31 Prozent bei den 11-Jährigen auf rund 7 Prozent bei den 17-Jährigen gesunken.³⁵⁹

³⁵⁶ Cohen's d (Tage) = 0,37; Cohen's d (Stunden) = 0,30
³⁵⁷ Cohen's d (Tage) = 0,96; Cohen's d (Stunden) = 0,41
³⁵⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 36
³⁵⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 37

Die durchschnittlich angegebene Anzahl an Tagen, an denen in der vergangenen Woche moderate bis intensive körperliche Bewegung im Ausmaß von mindestens einer Stunde täglich betrieben wurde, blieb seit 2002 über die Jahre relativ konstant. Dies trifft auf Buben und Mädchen gleichermaßen zu.³⁶⁰

Sitzendes Freizeitverhalten

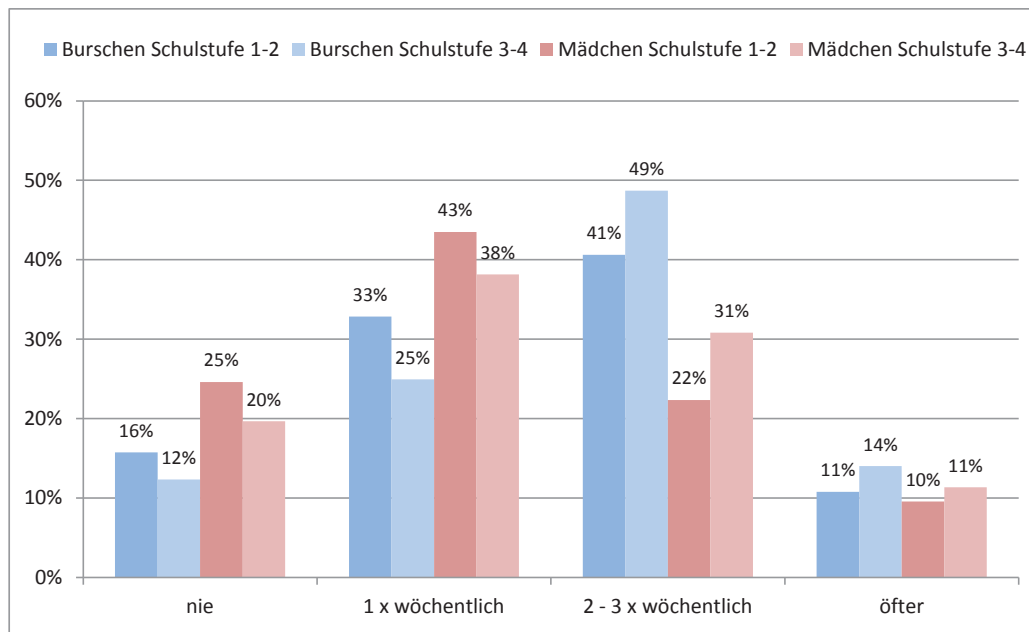
Hinsichtlich des sitzenden Freizeitverhaltens gibt es kaum Unterschiede zwischen Mädchen und Buben. Buben bewegen sich zwar durchschnittlich mehr als Mädchen,

verbringen allerdings sowohl an Schultagen (5,7 vs. 5,2 Stunden) als auch an schulfreien Tagen (8,1 vs. 7,1 Stunden) etwas mehr Zeit in einer sitzenden Freizeitaktivität als Mädchen. Der Effekt des Geschlechts auf das sitzende Freizeitverhalten ist jedoch nur gering.^{361,362}

Häufigkeit von außerschulischem Sport von Volksschüler_innen in OÖ 2015/2016

Insgesamt betreiben Buben im Volksschulalter häufiger außerschulischen Sport³⁶³ als Mädchen. Buben der dritten und vierten Schulstufe sind am aktivsten, während Mädchen der ersten und zweiten Schulstufe am seltensten außerschulischen Sport betreiben (siehe Abbildung 111).³⁶⁴

Abbildung 111: Häufigkeit von außerschulischem Sport von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017

Volksschüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 10.149 (davon außerschulischer Sport bei 1.984 Volksschüler_innen unbekannt); 5.169 Buben (davon außerschulischer Sport bei 885 Buben unbekannt); 4.980 Mädchen (davon außerschulischer Sport bei 1.099 Mädchen unbekannt) (IGP-Grafik)

³⁶⁰ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 94

³⁶¹ Cohen's d (schultags)=0,13; Cohen's d (schulfreie Tage) = 0,22

³⁶² Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 37

³⁶³ Land OÖ, 2017

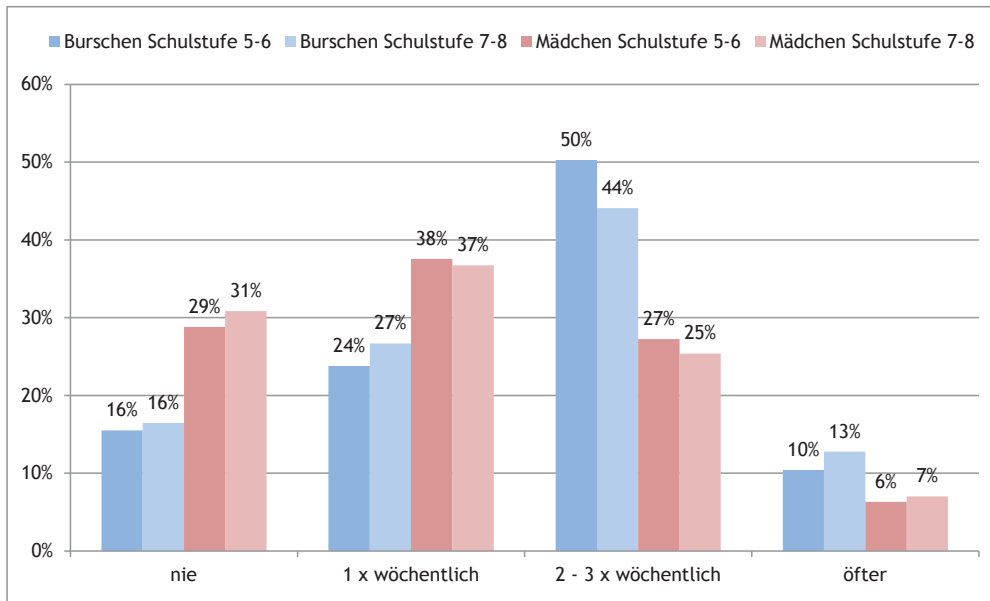
³⁶⁴ mindestens 30 Minuten, es ist zu bedenken dass dies Angaben der Kinder sind (insbesondere bei sehr jungen Kindern gehen die Begriffe Sport und Spiel manchmal fließend ineinander über und werden nicht immer klar getrennt) (Auskunft von Frau Dr.ⁱⁿ Salomon und Frau Dr.ⁱⁿ Wallner, Land OÖ, Abteilung Gesundheit, 18.08.2017)

Häufigkeit von außerschulischem Sport von NMS-Schüler_innen in OÖ 2015/2016

Insgesamt betreiben Buben in der Neuen Mittelschule häufiger außerschulischen Sport³⁶⁵ als Mädchen. Der An-

teil der oberösterreichischen NMS-Schüler_innen, die nie außerschulischen Sport betreiben, ist unter den Mädchen fast doppelt so hoch als bei den Buben (siehe Abbildung 112).³⁶⁶

Abbildung 112: Häufigkeit von außerschulischem Sport von NMS-Schüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017

NMS-Schüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 7.305 (davon außerschulischer Sport bei 1.388 NMS-Schüler_innen unbekannt); 3.996 Buben (davon außerschulischer Sport bei 705 Buben unbekannt); 3.309 Mädchen (davon außerschulischer Sport bei 683 Mädchen unbekannt) (IGP-Grafik)

Die Erhebungen (HBSC, Schuluntersuchung OÖ) zeigen auf, dass Buben etwas häufiger körperlich aktiv sind als Mädchen.

Häufigkeit von neuromotorischen Auffälligkeiten von Volksschüler_innen in OÖ 2015/2016

Folgend werden die Unterschiede von Buben und Mädchen im Volksschulalter hinsichtlich neuromotorischer Auffälligkeiten auf Basis der oberösterreichischen Schuluntersuchungsdaten dargestellt. Bei den nachfolgenden Untersuchungsergebnissen ist allerdings darauf zu achten, dass die Neuromotorik nur grobklinisch erfasst wird und auch die Entwicklung der Kinder noch nicht abgeschlossen ist.³⁶⁷

³⁶⁵ mindestens 30 Minuten

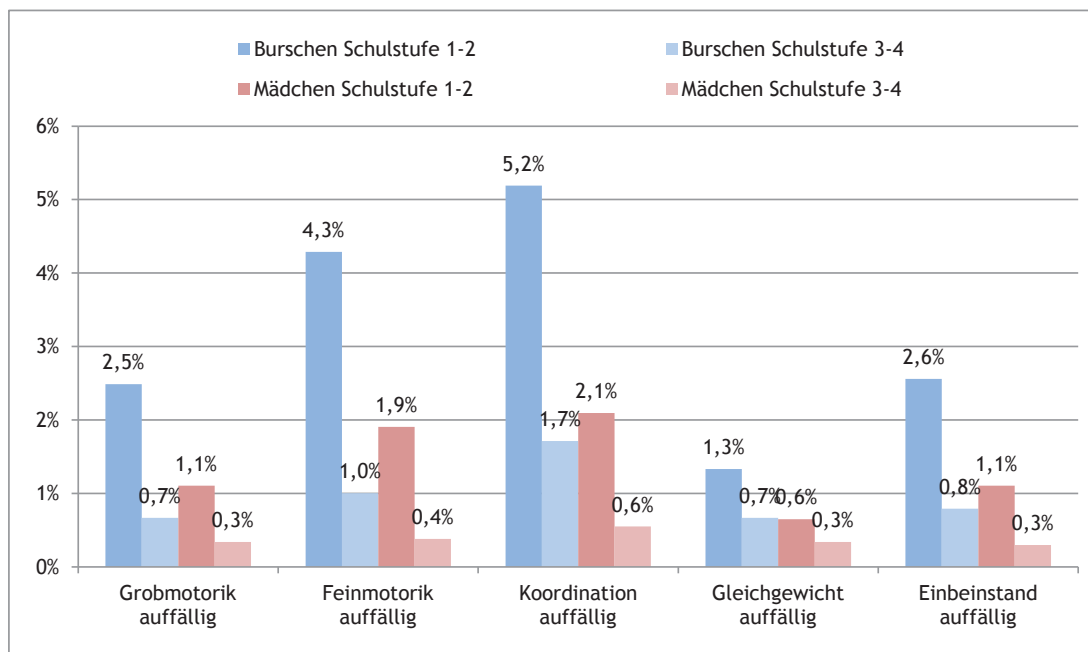
³⁶⁶ Land OÖ, 2017

³⁶⁷ Auskunft von Frau Dr.ⁱⁿ Salomon und Frau Dr.ⁱⁿ Wallner, Land OÖ, Abteilung Gesundheit, 18.08.2017

Laut den Schuluntersuchungsdaten sind Buben im Volksschulalter etwas häufiger von neuromotorischen Auffälligkeiten (Grobmotorik, Feinmotorik, Koordination, Gleichgewicht, Einbeinstand) betroffen als Mädchen.

Die neuromotorischen Auffälligkeiten nehmen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter ab. Buben der ersten und zweiten Schulstufe zeigen am häufigsten Auffälligkeiten bezüglich der Koordination (siehe Abbildung 113).³⁶⁸

Abbildung 113: Häufigkeit von neuromotorischen Auffälligkeiten von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017
 Volksschüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 10.149 (8.124 ohne Befund); (davon bei 1.580 Volksschüler_innen keine Angabe); 5.169 Buben (davon bei 789 Buben keine Angabe); 4.980 Mädchen (davon bei 791 Mädchen keine Angabe) (IGP-Grafik)

³⁶⁸ Land OÖ, 2017

Häufigkeit von neuromotorischen Auffälligkeiten von NMS-Schüler_innen in OÖ 2015/2016

Bezüglich der Unterschiede von Mädchen und Buben in der Neuen Mittelschule hinsichtlich neuromotorischer Auffälligkeiten, kann keine Aussage getroffen werden.³⁶⁹

Exkurs

Die Datensituation in Österreich ermöglicht weder österreichweite noch repräsentative Aussagen zur Häufigkeit entwicklungsbedingter Auffälligkeiten. Einschätzungen zur Häufigkeit von Entwicklungsstörungen/-verzögerungen sind demnach nur auf Basis lokaler und regionaler Daten möglich.³⁷⁰

Im Rahmen der Salzburger Schuluntersuchung aus dem Schuljahr 2011/2012 wurden bei je rund 16 Prozent der Kinder im Alter von sechs bis acht Jahren Auffälligkeiten im Bereich der Grobmotorik bzw. im Bereich der Feinmotorik festgestellt.³⁷¹

Den Ergebnissen der Berliner Schuleingangsuntersuchungen 2005 zufolge wurden rund 15 Prozent der Kinder im Alter von sechs bis sieben Jahren bezüglich ihrer Grobmotorik (Körperkoordination) und rund 17 Prozent bezüglich ihrer Feinmotorik (Visuomotorik) als auffällig eingestuft - weitere 17 bzw. 10 Prozent als grenzwertig. Auffälligkeiten traten bei Buben häufiger auf als bei Mädchen. Zudem waren Auffälligkeiten bei Kindern aus sozial schlechter gestellten Familien häufiger zu beobachten als bei Kindern aus sozial besser gestellten Familien.³⁷²

Ähnlich sind auch die Ergebnisse aus der Schuleingangsuntersuchung 2006 in Nordrhein-Westfalen. Laut den Untersuchungen wiesen je rund 14 Prozent der Kinder im Alter von sechs bis sieben Jahren Defizite in der Grobmotorik bzw. Feinmotorik auf. Auch hier wiesen Buben häufiger Auffälligkeiten auf als Mädchen.³⁷³

Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“

Im Unterrichtsfach „Bewegung und Sport“ werden unterschiedliche Interessen und Voraussetzungen von Buben und Mädchen besonders ersichtlich. Während die meisten Buben „männliche“ Sportarten mit denen Risiko, Wagnis und Kampf verbunden sind bevorzugen, präferieren die meisten Mädchen eher expressive Sportarten wie Gymnastik und Tanz. Diese Geschlechterdynamik wird im Sportunterricht häufig von Sportlehrpersonen bewusst oder unbewusst unterstützt bzw. gefördert, wodurch Einschränkungen hinsichtlich der Sammlung von Erfahrungen für Schüler_innen und Lehrer_innen entstehen können.

Genderkompetenz bedeutet für Sportlehrer_innen einerseits, das Wissen bezüglich Prozesse sozialer Interaktionen von Mädchen und Buben, geschlechtsbezogene Zuschreibungen in den Körper-, Bewegungs- und Sportpraxen der Schüler_innen und Sportlehrer_innen zu erkennen und zu hinterfragen und beiden Geschlechtern vielfältige sportbezogene Entwicklungsmöglichkeiten und Gestaltungsfreiräume zu ermöglichen.³⁷⁴

In Österreich wird in der Volksschule das Fach „Bewegung und Sport“ in der ganzen Klasse - Mädchen und Buben gemeinsam - unterrichtet. Ab der fünften Schulstufe (Sekundarstufe I und II) findet der Sportunterricht für Mädchen und Buben grundsätzlich getrennt statt. Gemeinsames Sporttreiben von Mädchen und Buben in Form von Koedukation ist ebenso möglich.³⁷⁵ Eine Studie aus Deutschland kam zu dem Ergebnis, dass Koedukation damit verbunden ist, dass Schülerinnen den Schulsport negativer empfinden, ein negativeres Selbstkonzept von ihren sportlichen Fähigkeiten berichten und systematisch schlechter benotet werden. Bei Buben ist das sportliche Selbstkonzept im geschlechtergemischten Unterricht positiver ausgeprägt. In diesem Zusammenhang wird vermutet, dass sich Buben im Vergleich zu den Mädchen als sportlich leistungsstärker erleben.³⁷⁶

Rauchen

Rund 16 Prozent der österreichischen 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen berichten, derzeit Tabak zu rauchen. Das Rauchverhalten ist stark vom Alter abhängig. Nahezu alle 11-Jährigen sind Nichtraucher_innen. Bei den 17-Jährigen berichten rund 7 von 10 Befragten (69%), nicht zu rauchen. Während 15 Prozent der Buben rauchen, sind 17 Prozent der Mädchen Raucherinnen.³⁷⁷ Die Entwicklung des Tabakkonsums jugendlicher Schüler_innen in den letzten zwanzig Jahren ist im Kapitel „Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen“ unter dem Gesundheitsziel 7 „Suchtprävention verstärken“ zu finden.

Alkoholkonsum

Rund 16 Prozent der österreichischen Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren trinken laut HBSC Studie mindestens einmal pro Woche Alkohol. Buben trinken etwas häufiger Alkohol als Mädchen (19% vs. 14%). Der Alkoholkonsum ist stark vom Alter abhängig. Zwischen den 15- und 17-jährigen Schüler_innen ist der Unterschied beim wöchentlichen Alkoholkonsum am größten (siehe Abbildung 114). 11- und 13-jährige Mädchen geben häufiger an, nie Alkohol zu konsumieren, als Buben. Mädchen trinken Alkohol eher monatlich oder seltener.³⁷⁸ Über die Hälfte der 17-jährigen Buben (53%) und ein Drittel (33%) der 17-jährigen Mädchen gibt an, zumindest wöchentlich alkoholhaltige Getränke zu konsumieren.³⁷⁹

³⁶⁹ Land OÖ, 2017

³⁷⁰ Griebler, Anzenberger, Hagleitner, Sagerschnig & Winkler, 2013,

S.43

³⁷¹ Griebler, Anzenberger, Hagleitner, Sagerschnig & Winkler, 2013, S. 30-31, zitiert nach Schulärztlicher Dienst der Stadt Salzburg, 2012; Untersuchung von 1.435 Vorschulkindern und Erstklässlern, schulärztliche Untersuchung (Vollerhebung), Ruf-Bächtiger-Test auf Entwicklungsstörungen

³⁷² Griebler, Anzenberger, Hagleitner, Sagerschnig & Winkler, 2013,

S.42, zitiert nach Oberwöhrmann & Bettge, 2007

³⁷³ Griebler, Anzenberger, Hagleitner, Sagerschnig & Winkler, 2013, S.43, zitiert nach Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, 2008

³⁷⁴ Sappl, 2014, S. 1-2

³⁷⁵ Bundesministerium für Bildung, 2016

³⁷⁶ Mutz & Burrmann, 2014

³⁷⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 47

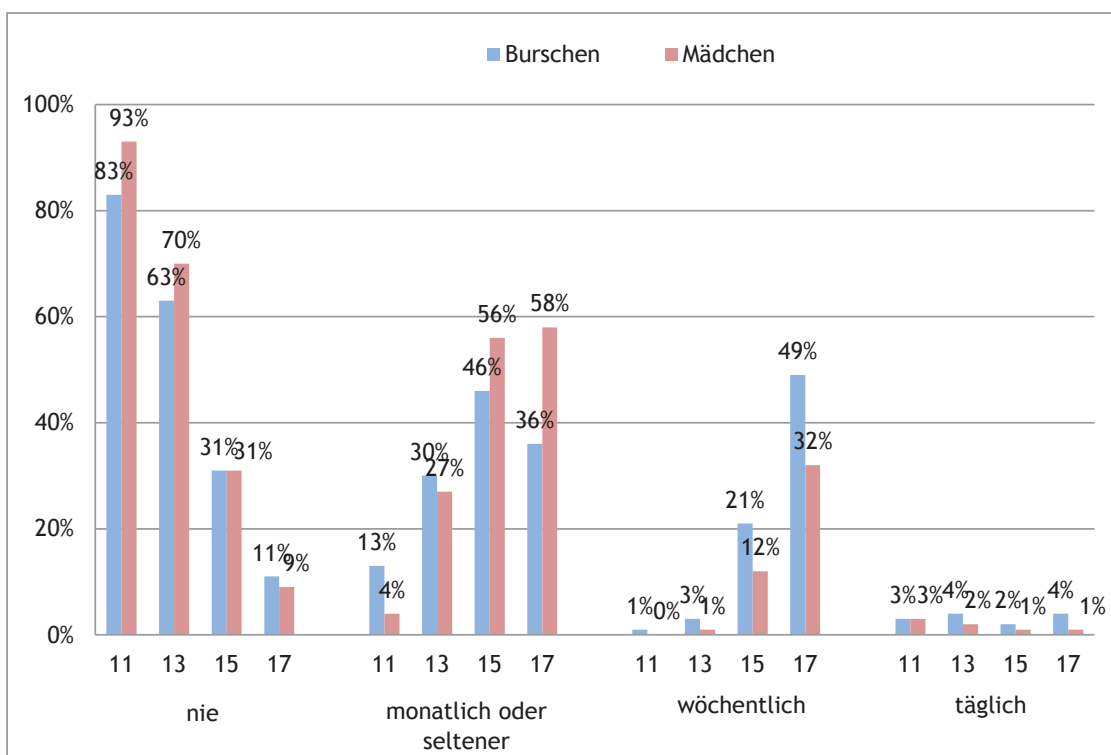
³⁷⁸ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 48

³⁷⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 8

Ein Drittel der Schüler_innen (33%) berichtet, bereits mindestens einmal betrunken gewesen zu sein, wobei hier keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu erkennen sind. Buben geben in Summe jedoch mehr Rauscherfahrungen an als Mädchen. Mädchen berichten durchschnittlich ein- bis dreimal in ihrem Leben betrunken gewesen zu sein. Bei Buben war dies meist häufiger

der Fall. Ebenso wie der Alkoholkonsum ab dem Alter von 15 Jahren ansteigt, werden auch die Rauscherfahrungen deutlich häufiger. Knapp 15 Prozent waren in den letzten 30 Tagen betrunken, wobei dies mehr Buben (16%) betrifft als Mädchen (14%).³⁸⁰

Abbildung 114: Häufigkeit des Alkoholkonsums der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich



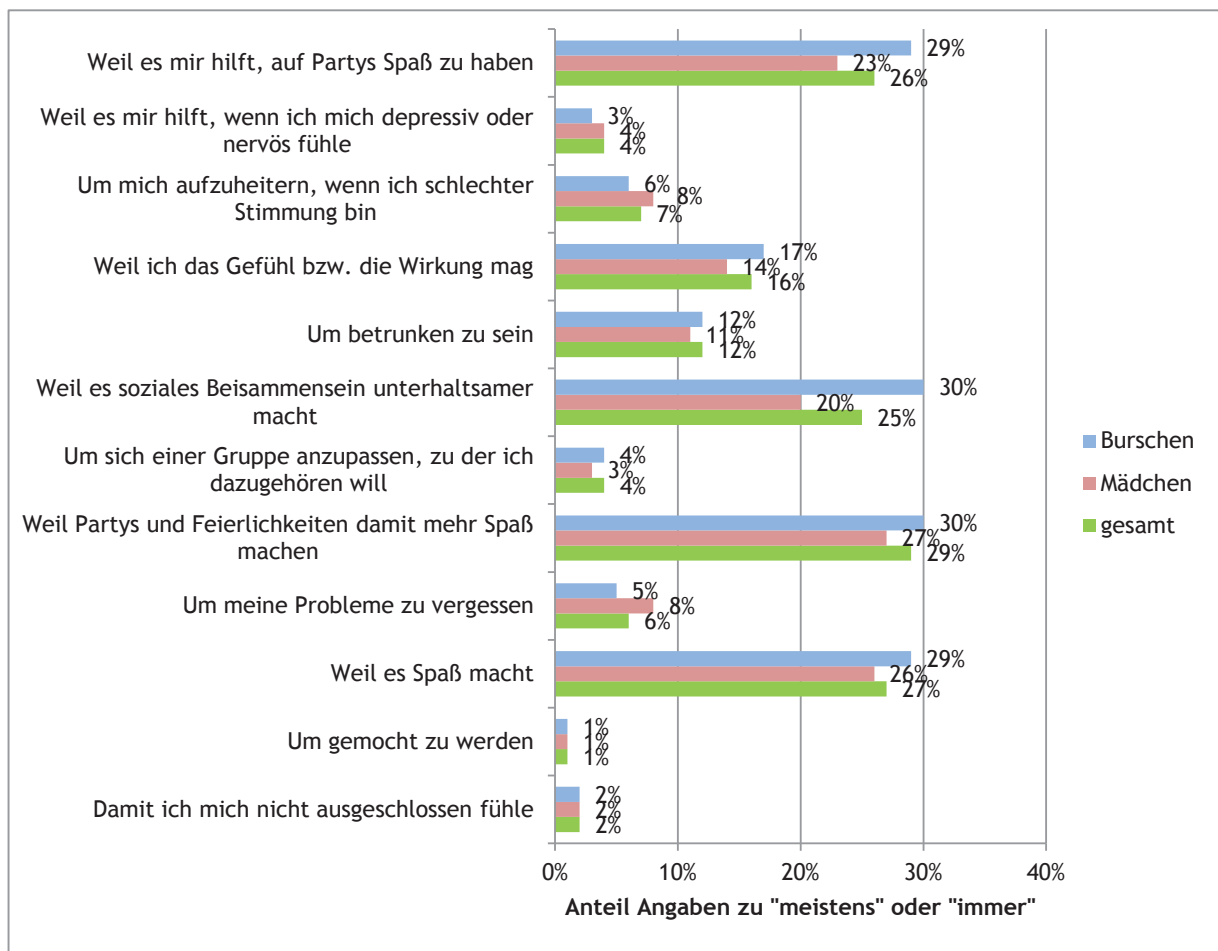
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b

³⁸⁰ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 48

Die Konsummotive von Alkohol sind bei den befragten Jugendlichen hauptsächlich mit hedonistischen Aspekten (z. B. weil Partys und Feierlichkeiten mehr Spaß machen) verbunden. Hinsichtlich der Konsummotive von Alkohol gibt es geringfügige Geschlechterunterschiede (siehe Abbildung 115). Während Buben etwas häufiger hedonistische Aspekte des Alkoholkonsums (z. B. weil es ihnen hilft

auf Partys Spaß zu haben, weil es soziales Beisammensein unterhaltsamer macht oder weil es allgemein Spaß macht) angeben, berichten Mädchen häufiger von kompensatorischen Aspekten (z. B. um ihre depressiven oder nervösen Gefühle zu bekämpfen, um sich bei schlechter Stimmung aufzuheitern oder um Probleme vergessen zu können).³⁸¹

Abbildung 115: Alkohol-Konsummotive von Mädchen und Buben in Oberösterreich



Quelle: ESPAD Österreich 2015 (Hrsg.: Gesundheit Österreich GmbH); berechnet und zur Verfügung gestellt durch: Institut Suchtprävention; Daten für Oberösterreich³⁸², n=1.631 (IGP-Grafik)

³⁸¹ ESPAD Österreich 2015 (Hrsg.: Gesundheit Österreich GmbH); berechnet und zur Verfügung gestellt durch: Institut Suchtprävention

³⁸² Die Daten wurden auf Basis einer Klumpenstichprobe erhoben. Das heißt, es wurden nicht Schüler_innen einzeln per Zufall, sondern ganze Klassen zufällig ausgewählt. Ein so genannter Klumpeneffekt (auch: Clustereffekt) ist daher nicht auszuschließen. Ein solcher Effekt tritt dann ein, wenn sich die Befragten innerhalb eines Clusters ähnlicher sind als in der Grundgesamtheit und bedeutet einen Genauigkeitsverlust. Insgesamt wurden im Rahmen der ESPAD Österreich 2015 österreichweit 8.044 Schüler_innen befragt, davon 1.631 in Oberösterreich.

5.1.6. Gesundheitszustand

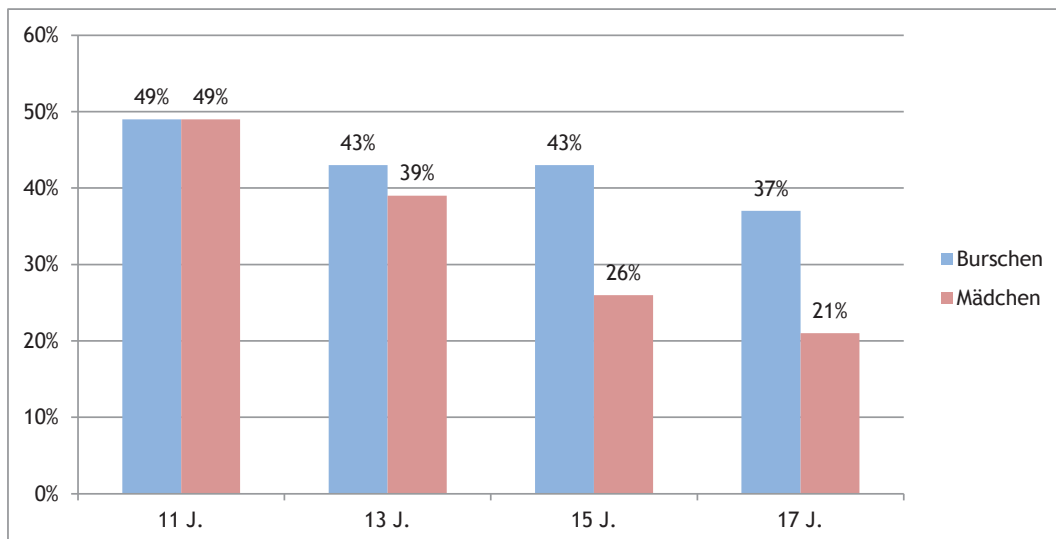
Der körperliche und psychische Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen ist im Fokus des nachfolgenden Kapitels.

Subjektive Gesundheitswahrnehmung

Laut HBSC-Studie 2014 schätzten Mädchen ihre Gesundheit in Summe schlechter ein als Buben. 43 Prozent der Buben bewerten ihre Gesundheit als ausgezeichnet, während knapp ein Drittel der Mädchen (32%) die Gesundheit als ausgezeichnet wahrnimmt.

Während bei den Buben der Anteil jener, die über eine ausgezeichnete Gesundheit verfügen, von fast der Hälfte (49%) bei den 11-Jährigen auf über ein Drittel (37%) bei den 17-Jährigen sinkt, kommt es bei den Mädchen im selben Zeitraum zu einem Rückgang von fast der Hälfte (49%) auf gut ein Fünftel (21%) (siehe Abbildung 116). Bei den 11-Jährigen ist in der Kategorie „ausgezeichneter Gesundheitszustand“ noch kein Unterschied zwischen den Geschlechtern festzustellen, allerdings in den anderen Altersgruppen. Ab 15 Jahren ist der Unterschied zwischen Mädchen und Buben größer.³⁸³

Abbildung 116: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b

Im Rahmen der ATHIS-Befragung 2014 wurde die subjektive Einschätzung der allgemeinen Gesundheit von 0- bis 17-Jährigen von ihren Eltern eingeschätzt (Fremdeinschätzung). Die Eltern empfinden den allgemeinen Gesundheitszustand bei 97 Prozent der Mädchen und 96

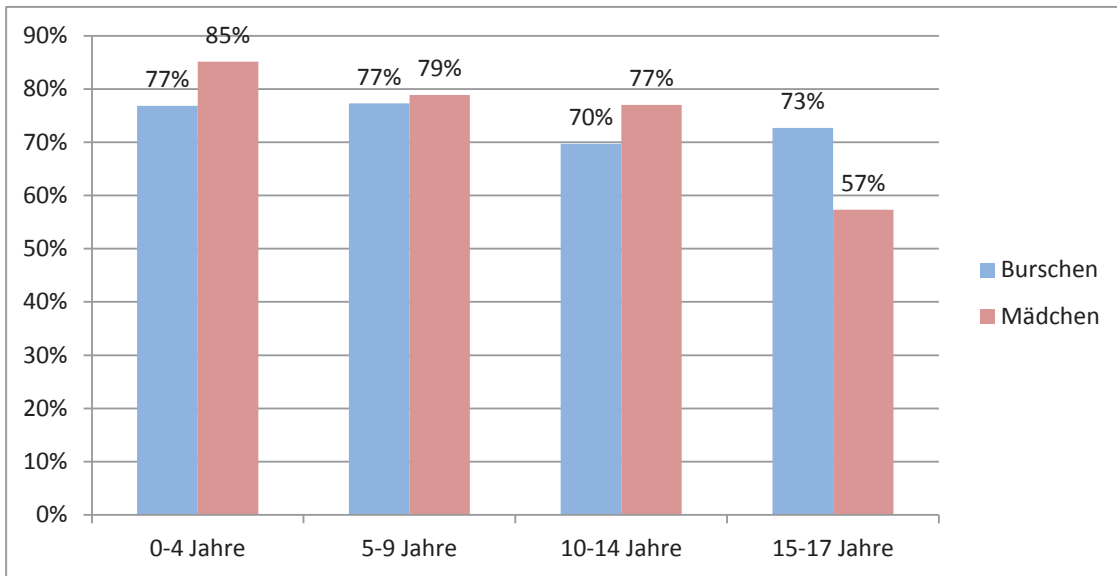
Prozent der Buben als „sehr gut“ oder „gut“.³⁸⁴ Bei den Buben ist der sehr gute Gesundheitszustand über die Altersgruppen hinweg relativ konstant. Bei den Mädchen ist ein Rückgang von 85 Prozent bei den 0- bis 4-Jährigen auf 57 Prozent bei den 15- bis 17-Jährigen zu erkennen (siehe Abbildung 117).³⁸⁵

³⁸³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 18-19

³⁸⁴ Statistik Austria, 2015b, S. 59

³⁸⁵ Statistik Austria, 2014, Berechnung Institut für Gesundheitsplanung

Abbildung 117: Sehr gute Gesundheit der 0-17-Jährigen nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Statistik Austria: ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen)

Körperliche und psychische Beschwerden

In der HBSC-Befragung wurde die subjektive Beschwerdelast in Form einzelner Beschwerden erhoben. Abgefragt wurden „Kopfschmerzen, Magen-/Bauchschmerzen, Rücken-/Kreuzschmerzen, fühle mich allgemein schlecht, bin gereizt oder schlecht gelaunt, fühle mich nervös, kann schlecht einschlafen³⁸⁶, fühle mich benommen, schwindlig“. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass es sich um selbstberichtete Befindlichkeiten handelt.³⁸⁷

Die mittlere Beschwerdelast liegt über alle Altersgruppen hinweg bei 36. Die Beschwerdelast steigt mit dem Alter an, wobei zwischen 11 und 15 Jahren ein mittelstarker Zuwachs zu erkennen ist.³⁸⁸ Mädchen sind häufiger von Beschwerden betroffen als Buben. Die Differenz zwischen den Geschlechtern steigt zwischen 11 bis 15 Jahren stark an (siehe Abbildung 118).³⁸⁹

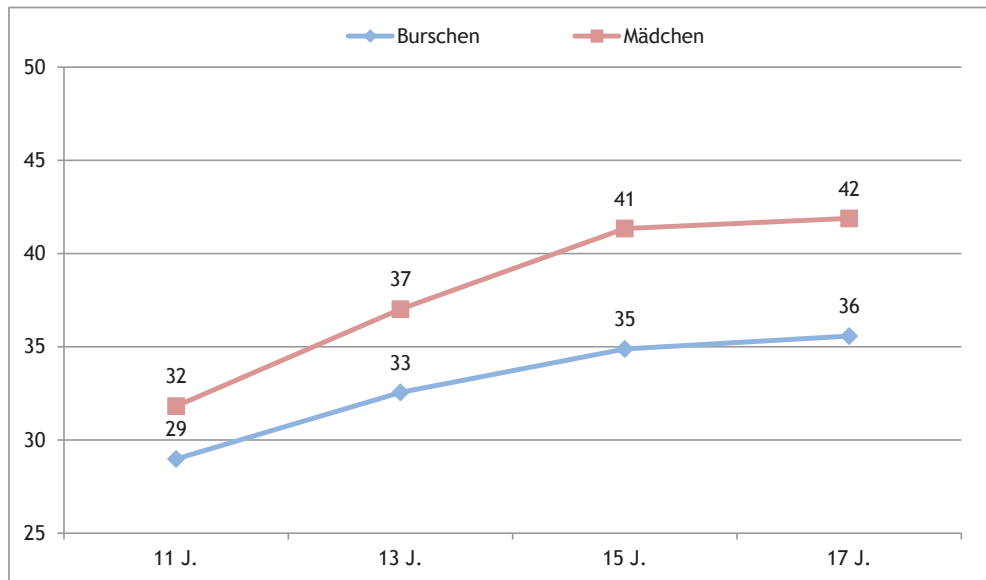
³⁸⁶ Einschlafschwierigkeiten wurden im Index Beschwerdelast nicht berücksichtigt

³⁸⁷ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 21

³⁸⁸ Cohen's d= -0,68

³⁸⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 22

Abbildung 118: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b
Spannbreite: 0 (keine Beschwerden) - 100 (hohe Beschwerdelast)

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurden die Eltern zu Gesundheitsproblemen aller im Haushalt lebender Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren befragt.

Unruhiges und überaktives Verhalten tritt laut den befragten Eltern bei mehr als einem Viertel der 0- bis 17-jährigen Buben (27%) und einem Fünftel der gleichaltrigen Mädchen (20%) auf. Besonders häufig sind davon 7- bis 10-jährige Buben betroffen (37%). Mit steigendem Alter (14- bis 17-Jährige) trat dieses Verhalten jedoch sowohl bei den Buben als auch bei den Mädchen deutlich seltener (jeweils 11%) auf als bei den jüngeren Altersgruppen.

Während bei Buben von Unruhe und Überaktivität als häufigste gesundheitliche Beschwerden berichtet wurde, waren diese bei den Mädchen annähernd gleich häufig wie Kopf- bzw. Bauchschmerzen und Übelkeit (19%). Jedes dritte Mädchen (34%) im Alter von 14 bis 17 Jahren war laut den Aussagen der Eltern häufig von Schmerzen

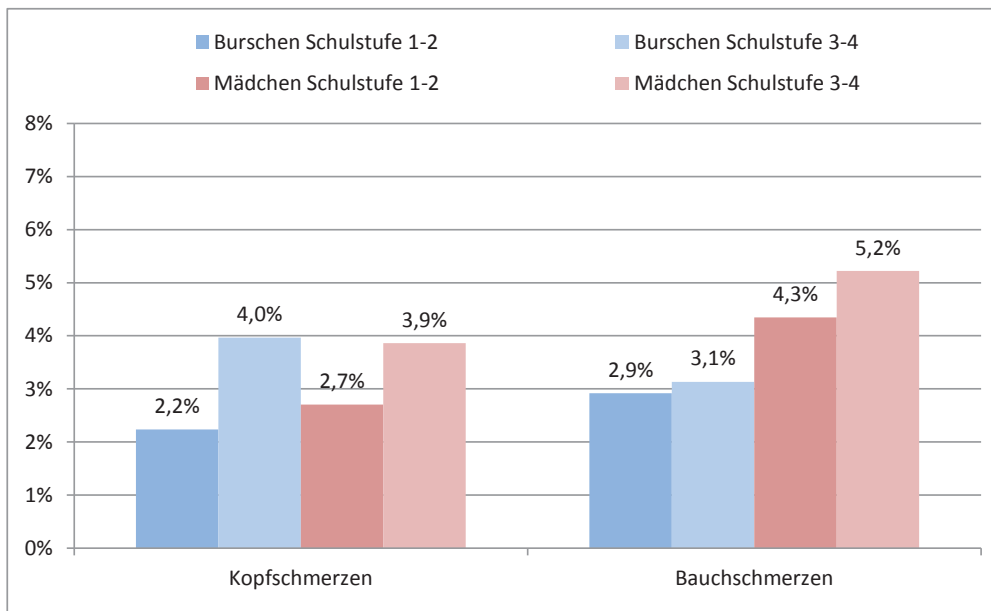
und Übelkeit betroffen. Buben klagten in fast allen Altersgruppen seltener über diese Beschwerden. Schlafschwierigkeiten der Kinder (ausgenommen Kleinkinder) wurden von den Eltern selten berichtet (Buben: 5%, Mädchen: 4%).³⁹⁰

Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen von Volksschüler_innen in OÖ 2015/2016

Laut den oberösterreichischen Schuluntersuchungsdaten unterscheiden sich Buben und Mädchen im Volksschulalter bezüglich des Auftretens von Kopfschmerzen kaum. Bauchschmerzen treten hingegen bei Mädchen häufiger auf als bei Buben. Mädchen der dritten und vierten Schulstufe klagten am häufigsten über Bauchschmerzen (siehe Abbildung 119).³⁹¹

³⁹⁰ Statistik Austria, 2015b, S. 59-60
³⁹¹ Land OÖ, 2017

Abbildung 119: Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017

Volksschüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 10.149; davon 5.169 Buben und 4.980 Mädchen (IGP-Grafik)

Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen von NMS-Schüler_innen in OÖ 2015/2016

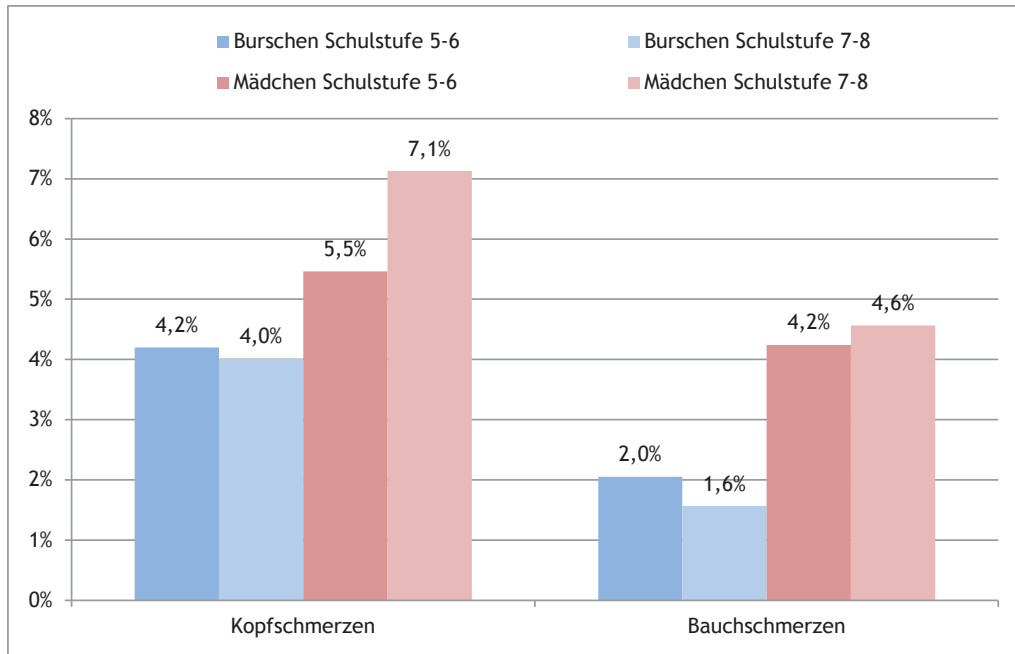
Laut den oberösterreichischen Schuluntersuchungsdaten treten bei Mädchen, die eine Neue Mittelschule besuchen,

häufiger Kopf- und Bauchschmerzen auf als bei Buben im selben Alter. Mädchen der siebten und achten Schulstufe klagen am häufigsten über Kopfschmerzen (siehe Abbildung 120).^{392,393}

³⁹² Land OÖ, 2017

³⁹³ Anzumerken ist, dass es sich um eine momentane gesundheitliche Befindlichkeit der Schüler_innen handelt und nicht um einen Befund. Bei den Schmerzen muss immer eine somatische Ursache gesucht werden. Diese muss auf jeden Fall ausgeschlossen werden und erst dann kann der Verdacht geäußert werden, dass hier eine psychische Ursache Auslöser sein kann. Die höhere Inzidenz von Bauchschmerzen bei Mädchen (insbesondere 7. und 8. Schulstufe) ist u.a. auch erklärbar durch die Prä-/Pubertät und manchmal hormonell / zyklusbedingt. Generell erhalten die Eltern/Erziehungsberechtigten bei allen Auffälligkeiten eine Benachrichtigung, dass eine Abklärung beim/bei der Haus-/Kinder-/Facharzt/Fachärztin angezeigt ist. (Auskunft von Frau Dr.ⁱⁿ Salomon und Frau Dr.ⁱⁿ Wallner, Land OÖ, Abteilung Gesundheit, 18.08.2017; Telefonische Auskunft von Frau Dr.ⁱⁿ Wallner, Land OÖ, Abteilung Gesundheit, 24.08.2017)

Abbildung 120: Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen von NMS-Schüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich



Quelle: Land OÖ, Abteilung Gesundheit, Schuluntersuchungen in OÖ 2015/2016, ausgewertet von der Abteilung Statistik, 2017
 NMS Schüler_innen, von denen Daten vorliegen, Gesamt: 7.305; davon 3.996 Buben und 3.309 Mädchen (IGP-Grafik)

Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten

Die MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers) ist die erste epidemiologische Studie zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen in Österreich. Ziel der Studie ist es, die Prävalenzraten psychischer Störungen bei einer repräsentativen Stichprobe von Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren zu erheben sowie Risiko- und Schutzfaktoren und Lebensqualität zu untersuchen.³⁹⁴ Im Rahmen eines Screenings mithilfe standardisierter Selbstbeurteilungsbögen wie dem Youth Self-Report, der emotionale und Verhaltensprobleme erhebt, und dem SCOFF („sick, control, one stone, fat, food“), der Hinweise für Essstörungen gibt, wurden Daten zur psychischen Gesundheit erhoben. Zudem wurden Lebensqualität sowie Risiko- und Schutzfaktoren festgestellt.³⁹⁵

Ergebnis der Studie war, dass die Prävalenzrate für psychische Probleme bei 19 Prozent³⁹⁶ lag. Außerdem korrelierten emotionale und Verhaltensauffälligkeiten hoch mit gesundheitsbezogener Lebensqualität. Laut Non-Responder Analyse unterscheiden sich Non-Responder (17%) von Respondern bezüglich schulischer Probleme.

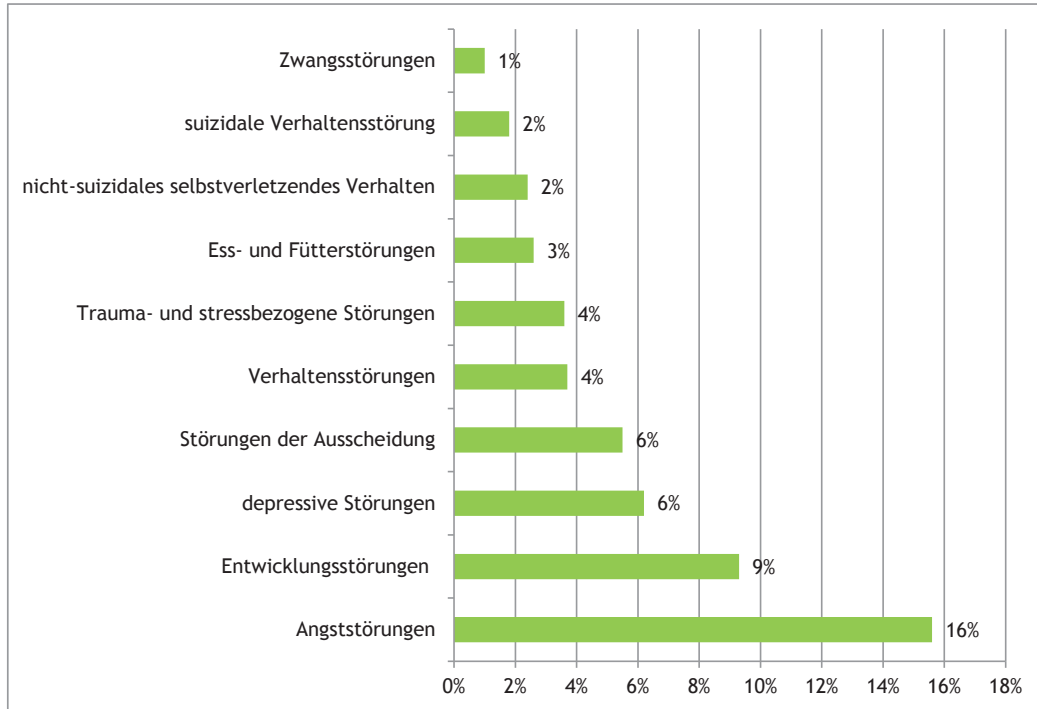
Zusammengefasst könnten die Ergebnisse ein Hinweis darauf sein, dass etwa jeder fünfte Jugendliche von einem psychischen Problem betroffen ist. Die Non-Responder Analyse lässt eine Unterschätzung der Prävalenzraten vermuten.³⁹⁷

Rund ein Viertel der Befragten (22%) wies im Screening emotionale und Verhaltensprobleme auf. Ein erhöhtes Risiko für Essstörungen war bei rund einem Drittel der Mädchen und 15 Prozent der Buben zu erkennen. Basierend auf den Interviewergebnissen tritt die höchste Lebenszeitprävalenz³⁹⁸ bei Angststörungen (16%), gefolgt von neurologischen Entwicklungsstörungen inkl. ADHS und Ticstörungen (9%), depressiven Störungen (6%), Störungen der Ausscheidung (6%), Verhaltensstörungen (4%), Ess- und Fütterstörungen (3%), Trauma- und stressbezogenen Störungen (4%) und Zwangsstörungen (1%) auf. Die Lebenszeitprävalenz für nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten und eine suizidale Verhaltensstörung waren bei jeweils 2 Prozent der Jugendlichen zu erkennen (siehe Abbildung 121).³⁹⁹

³⁹⁴ Philipp et al., 2014
³⁹⁵ Philipp et al., 2014
³⁹⁶ CI 95 %:14,9-22,7

³⁹⁷ Philipp et al., 2014
³⁹⁸ alle Diagnosekriterien von mindestens einer psychischen Erkrankung irgendwann im bisherigen Leben erfüllt
³⁹⁹ Karwautz et al., 2016, S. 6

Abbildung 121: Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen von Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich



Quelle: Karwautz, A., Dür, W., Zeiler, M., Nitsch, M., Philipp, J., Truttmann, S., Waldherr, K. & Wagner, G. (Hg.) 2016

Insbesondere Jugendliche mit internalisierenden Störungen (wie Angststörungen, Essstörungen, Selbstverletzendes Verhalten) befinden sich häufig nicht in professioneller Behandlung (< 25 %).⁴⁰⁰ Hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnte festgestellt werden, dass Mädchen im Vergleich zu Buben größere Probleme hinsichtlich des Gesamt-Scores, der internalisierenden Störungen, zurückgezogenem Verhalten, der somatischen Beschwerden und der ängstlichen/depressiven Stimmung aufweisen.⁴⁰¹

Exkurs Suizid

Laut Statistik Austria ist in der Altersgruppe der 10- bis 19-Jährigen erstmals Suizid eine häufige Todesursache. 38 Buben bzw. Männer und sechs Mädchen bzw. Frauen im Alter von 10 bis 19 Jahren begingen 2014 Suizid.⁴⁰² Suizidgedanken und -handlungen bei Kindern und Jugendlichen können aufgrund einer „suizidalen Entwicklungskette“

entstehen: lang andauernde Traumatisierung, Kontaktstörung oder soziale Isolierung sowie das Auftreten einer akuten Krise (wie zum Beispiel Erkrankung oder Verlust einer bedeutsamen Bezugsperson). In einer österreichischen Studie über vollzogenen Suizid bei 10- bis 14-Jährigen wurden retrospektiv affektive Erkrankungen der Eltern, impulsive Aggression sowie das Auftreten von Suizid in der Familienanamnese als Risikofaktoren festgestellt. In dieser Altersgruppe zählen affektive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie Missbrauch und Misshandlung zu den am häufigsten genannten psychiatrischen Risikofaktoren. Nach der Pubertät steigt die Suizidhäufigkeit an. Hier könnte es einen Zusammenhang mit dem Beginn depressiver Erkrankungen und Substanzmissbrauch in der Pubertät geben. Bei den umweltbezogenen Stressoren hat der Aspekt des Mobbing in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Das Erleben von Mobbing in der Kindheit ist ein wesentlicher Prädiktor für Suizidversuche im Erwachsenenalter sowie für Tod durch Suizid bis zum Alter von 25 Jahren.⁴⁰³

⁴⁰⁰ Karwautz & Wagner, 2015, S. 14
⁴⁰¹ Philipp et al., 2014
⁴⁰² Statistik Austria, 2015a, S. 41

⁴⁰³ Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 25-26

Bezüglich der Suizidversuche ist auf das selbstverletzende Verhalten von Kindern und Jugendlichen hinzuweisen. Es wird zwischen Selbstverletzungen mit und ohne Suizidabsicht unterschieden. Der englischsprachige Begriff „self-harm“ bezeichnet intentionale Selbstvergiftung sowie Selbstverletzung wie beispielsweise Ritzen, jeweils mit oder ohne Suizidabsicht. „Self-harm“ ist mit einem zehnfach höheren Risiko für Suizid verbunden. Bei weiblichen Jugendlichen tritt selbstverletzendes Verhalten häufiger auf als bei männlichen Jugendlichen. Selbstverletzendes Verhalten spielt hinsichtlich präventiver Aspekte von Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen eine wichtige Rolle. Dies sollte bezüglich Versorgungsaspekten wie eine rasche Verfügbarkeit einer ausreichenden Anzahl von Psychotherapieplätzen sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Grundversorgung besonders berücksichtigt werden.⁴⁰⁴ Im Suizidpräventionskonzept SUPRA des Bundesministeriums für Gesundheit wird die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ speziell berücksichtigt.⁴⁰⁵

Weitere Informationen zu Suizid sind im Kapitel 2 „Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ zu finden.

Esstörungen

Esstörungen wurden bereits im Kapitel „Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ behandelt und werden daher in diesem Kapitel nicht näher ausgeführt.

Zahngesundheit

Folgend werden die Daten der Zahnstaterhebungen der Gesundheit Österreich GmbH herangezogen. Diese werden hinsichtlich des Genderaspekts analysiert.

Vorweg ein paar Begriffserklärungen: Der dmft-Index ist die Summe der kariösen (decayed), wegen Karies gezogenen (missing) und gefüllten (filled) Zähne (teeth) im Milchgebiss pro Kind. Der dmfs-Index ist die Summe der kariösen, wegen Karies gezogenen und gefüllten Zahnflächen (surfaces) des Milchgebisses pro Kind.⁴⁰⁶

Die Zahnstaterhebung 2016 der Sechsjährigen in Österreich zeigt keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf.⁴⁰⁷

Die Länder-Zahnstaterhebung 2012 der Zwölfjährigen in Österreich zeigt folgende Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf:

Mädchen tendieren etwas häufiger als Buben zu kieferorthopädischer Begutachtung und Behandlung.⁴⁰⁸ Die meisten Kinder (79%; häufiger Mädchen als Buben) berichten, ihre Zähne - so wie von Zahnärztinnen und Zahnärzten empfohlen - zweimal oder öfters am Tag zu putzen. Fast ein Viertel (21%) der österreichischen Zwölfjährigen (27% Buben und 16% Mädchen) reinigt die Zähne seltener als zweimal täglich. Die Unterschiede bezüglich der Zahnputzfrequenz zwischen den Geschlechtern sind auffällig. Mädchen betreiben im Vergleich zu Buben deutlich häufiger regelmäßige Zahnhygiene. Dieses Phänomen ist auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zu erkennen.⁴⁰⁹

Laut HBSC-Befragung 2014 gibt die Mehrheit (77%) der österreichischen Schüler_innen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren an, sich mehrmals täglich die Zähne zu putzen. Dies trifft auf Mädchen (83%) häufiger zu als auf Buben (70%). Rund ein Viertel der Kinder und Jugendlichen putzt sich nach eigenen Angaben maximal einmal täglich die Zähne und weist somit eine unzureichende Mund- und Zahnhygiene auf. Der Anteil der Mädchen, die sich mehrmals täglich die Zähne putzen, bleibt über das Alter hinweg konstant bei rund 8 von 10 Mädchen. Bei den Buben sinkt der Anteil von 78 Prozent bei den 11-Jährigen auf 64 Prozent bei den 13-Jährigen und steigt dann bei den 15-Jährigen wieder leicht an (siehe Abbildung 122).⁴¹⁰

⁴⁰⁴ Bundesministerium für Gesundheit, 2014, S. 26-27

⁴⁰⁵ Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 38-43

⁴⁰⁶ Gesundheit Österreich GmbH, 2012, S. 5

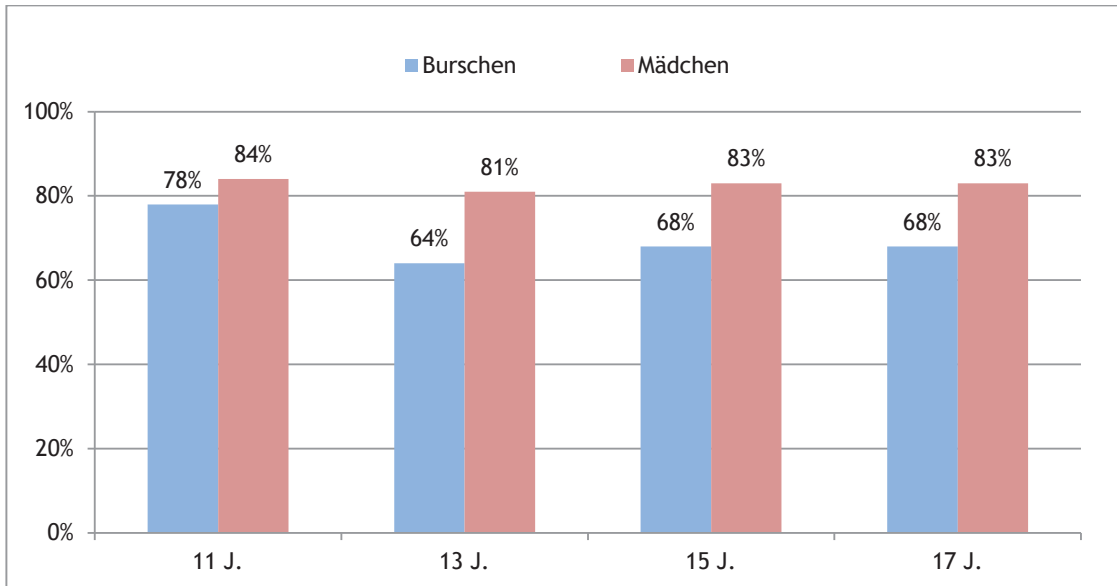
⁴⁰⁷ Bodenwinkler, Sax&Kerschbaum, 2017

⁴⁰⁸ Gesundheit Österreich GmbH, 2014, S. 39

⁴⁰⁹ Gesundheit Österreich GmbH, 2014, S. 42

⁴¹⁰ Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 28

Abbildung 122: Mehrmals tägliches Zähneputzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit 2015b

5.1.7. Gesundheitsförderung in Oberösterreich

Die Berücksichtigung des Genderaspekts im Rahmen der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen wird im Kapitel „Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen“ näher erläutert. Die Gesundheitsförderung der Kinder und Jugendlichen wird speziell durch folgende Gesundheitsziele vorangetrieben:

- Gesundheitsziel 1 „Wohlbefinden in der Schule erhöhen“
- Gesundheitsziel 4 „Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern“
- Gesundheitsziel 5 „Zahngesundheit der Kinder verbessern“
- Gesundheitsziel 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“
- Gesundheitsziel 7 „Suchtprävention verstärken“
- Gesundheitsziel 8 „Psychoziale Gesundheit junger Menschen stärken“

Jugendliche werden zudem auch im Gesundheitsziel 2 „Arbeitsplätze gesünder gestalten“ als Zielgruppe mittels der Lehrlingsgesundheit angesprochen. Außerdem können Gemeinden im Rahmen des Gesundheitsziels 3 „Gesundheit in den Gemeinden fördern“ beim Qualitätszertifikat^{plus} speziell die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ auswählen.

5.1.8. Genderspezifische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter in Bezug auf Chancengerechtigkeit

Folgende Darstellung zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit nach Geschlecht ist dem österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht (2016) entnommen. Die Übersicht zur geschlechterspezifischen Verteilung von Gesundheitsaspekten zeigt Ansatzpunkte für gesundheitliche Chancengerechtigkeit für Mädchen und Buben. Es ist anzumerken, dass bei gleicher Betroffenheit dennoch genderspezifische Maßnahmen sinnvoll sein können (z.B. Rauchen).

Buben weisen häufig eine bessere Gesundheit bzw. Determinanten-Ausprägung bezüglich der selbsteingeschätzten Gesundheit, der Lebenszufriedenheit, den Gesundheitsbeschwerden, der Körperwahrnehmung, der Bewegung und des Gesprächsklimas mit den Eltern auf. Hingegen haben Mädchen häufig eine bessere Gesundheit bzw. Determinanten-Ausprägung hinsichtlich Verletzungshäufigkeit, Übergewicht, sitzendem Verhalten, Alkoholkonsum, Cannabiskonsum, Sexualverhalten, Gewaltverhalten und der Qualität der Schüler_innen-Schüler_innen-Beziehung.

Der Konsum gesundheitsförderlicher und weniger gesundheitsförderlicher Lebensmittel betrifft sowohl Buben als auch Mädchen. Keine signifikanten Unterschiede sind hinsichtlich chronischer Erkrankungen, Schulstress, Selbstwirksamkeit, Tabakkonsum und der Qualität der Lehrer_innen-Schüler_innen-Beziehungen zu erkennen (siehe Tabelle 7).⁴¹¹

Die entsprechenden Strategiepläne für physische und psychische Beschwerden finden sich auf nationaler Ebene in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie, den Strategien zum Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit“ und den nationalen Rahmen-Gesundheitszielen.⁴¹² Zudem wird die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen auch im Nationalen Aktionsplan Bewegung und im Nationalen Aktionsplan Ernährung berücksichtigt.

Tabelle 7: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit nach Geschlecht - eine Zusammenschau

	Burschen	Mädchen
Gesundheit		
Selbsteingeschätzte Gesundheit	+	-
Lebenszufriedenheit	+	-
Gesundheitsbeschwerden	+	-
Verletzungshäufigkeit	-	+
Chronische Erkrankungen		
Körperliche und psychische Faktoren		
Übergewicht	-	+
Schulstress		
Selbstwirksamkeit		
Körperwahrnehmung	+	-
Bewegung	+	-
Sitzendes Verhalten (Nutzung elektronischer Medien)	-	+
Konsum gesundheitsförderlicher Lebensmittel	+/-	+/-
Konsum weniger gesundheitsförderlicher Lebensmittel	+/-	+/-
Tabakkonsum		
Alkoholkonsum	-	+
Cannabiskonsum	-	+
Sexualverhalten	-	+
Gewaltverhalten	-	+
Verhältnisse		
Gesprächsklima mit den Eltern	+	-
Qualität der Schüler_innen-Schüler_innen-Beziehungen	-	+
Qualität der Lehrer_innen-Schüler_innen-Beziehungen		

+ = häufiger eine bessere Gesundheit bzw. eine bessere Determinanten-Ausprägung
 - = häufiger schlechtere Gesundheit bzw. eine schlechtere Determinanten-Ausprägung
 +/- = sowohl als auch
 grün: signifikant besser als die Vergleichsgruppe
 rot: signifikant schlechter als die Vergleichsgruppe
 gelb: sowohl als auch
 weiß: keine signifikanten Unterschiede

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG, adaptiert durch Institut für Gesundheitsplanung; Bundesministerium für Gesundheit (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 3.1.2017, S. 223.

⁴¹¹ Bundesministerium für Gesundheit, 2016, S. 222-223

⁴¹² Bundesministerium für Gesundheit, 2015b, S. 100

Factbox

- Plötzlicher Kindstod tritt bei männlichen Säuglingen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auf als bei weiblichen Säuglingen.
 - Die Qualität familiärer Beziehungen hat einen Einfluss auf das Gesundheits- und Risikoverhalten, wobei die Kommunikation mit dem Vater laut HBSC-Studie als schwieriger wahrgenommen wird als die Kommunikation mit der Mutter.
 - Buben sind häufiger von Verkehrs-, Sport-, Heim- und Freizeitunfällen betroffen als Mädchen.
 - Buben weisen eine höhere Prävalenz von Übergewicht auf als Mädchen. Zudem haben Buben häufiger das Gefühl ungefähr das richtige Gewicht zu haben als Mädchen. Buben sind durchschnittlich etwas aktiver als Mädchen. Bezüglich des Tabakkonsums gibt es kaum Unterschiede zwischen Buben und Mädchen. Buben trinken etwas häufiger Alkohol als Mädchen.
- Mädchen schätzen in Summe ihre Gesundheit schlechter ein als Buben und sind häufiger von Beschwerden betroffen als Buben. Rund drei Viertel der Schüler_innen fühlen sich durch die Anforderungen in der Schule belastet. Buben sind häufiger an Bullying beteiligt als Mädchen. Unruhiges und überaktives Verhalten tritt bei Buben häufiger auf als bei Mädchen. Mädchen leider häufiger unter Kopf- bzw. Bauchschmerzen und Übelkeit als Buben.
 - Mädchen haben ein erhöhtes Risiko für internalisierende Störungen (wie Angststörungen, Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten), zurückgezogenes Verhalten, somatische Beschwerden sowie ängstliche/depressive Stimmung als Buben.

5.2. Senior_innengesundheit aus der Genderperspektive

5.2.1. Einleitung

Folgendes Kapitel widmet sich der Senior_innengesundheit aus der Genderperspektive. Vorerst wird versucht, die Zielgruppe „Senior_innen“ zu definieren, wobei vorangestellt wird, dass es in der Fachliteratur keine eindeutige Definition gibt. Laut WHO sind ältere Personen jene, die sechzig Jahre oder älter sind, wobei das biologische Alter ein unzulänglicher Maßstab für altersbedingte Veränderungen ist. Hinsichtlich des Alters kann laut Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zwischen jüngeren Senior_innen im Alter von 60 bis 80 Jahren und älteren Senior_innen im Alter von über 80 Jahren unterschieden werden. Nach Lebensalter kann auch von jungen, aktiven Senior_innen (65 bis 74 Jahre), Betagten und Hochbetagten (75 bis 89 Jahre), Höchstbetagten (90 bis 99 Jahre) sowie Langlebigen/Hundertjährigen (ab 100 Jahren) gesprochen werden. In der Soziologie wird unter Alter der Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand verstanden. Im Allgemeinen werden ältere Menschen, häufig jenseits des Pensionsantrittsalters, als Senior_innen bezeichnet. Die Gruppe der älteren Menschen ist aufgrund der unterschiedlichen Lebens- und Gesundheitssituation sowie der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit sehr heterogen.⁴¹³ Im Kapitel „Soziodemografie“ ist die Zusammensetzung der älteren Bevölkerung hinsichtlich des Frauen- und Männeranteils zu finden.

5.2.2. Ressourcen und Belastungen

Ressourcen im Sinne von Gesundheitsressourcen sind alle gesundheitsförderlichen bzw. schützenden persönlichen, sozialen, körperlichen und psychischen Reserven. Zu den Ressourcen gehören auch jene Fähigkeiten und Grundhaltungen, die die Bewältigung von Belastungen erleichtern.⁴¹⁴ Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf Ressourcensteigerung. Zu den internen Ressourcen zählen beispielsweise das Selbstwertgefühl, Bewältigungsstrategien und Kompensationsmöglichkeiten. Die externen Ressourcen beziehen sich auf das soziale Umfeld, die ökonomischen Bedingungen, das berufliche Umfeld und die sozialen Unterstützungen.⁴¹⁵

Da Vereinsamung im Alter immer mehr ein Thema wird, wird auf die sozialen Beziehungen näher eingegangen. Zudem wird das unterschiedliche gesundheitsrelevante Verhalten von Männern und Frauen im Senior_innenalter näher betrachtet. Aufgrund zunehmender körperlicher Einschränkungen im Alter wird auch das Thema Mobilität im Hinblick auf die Genderperspektive näher betrachtet. Die finanzielle Absicherung von Frauen und Männern in der Pension ist ebenso ein Einflussfaktor für deren Gesundheit, der näher betrachtet wird. Im Kapitel „Soziodemografie“ wird auf die genderspezifischen Unterschiede hinsichtlich informeller Pflege- und Unterstützungsleistungen näher eingegangen.

Soziale Beziehungen

Das Erhebungsinstrument WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) misst die Lebensqualität, die von den Betroffenen wahrgenommen wird. Die Dimensionen sind an die WHO-Definition von Gesundheit (physisch, psychisch, sozial) angelehnt. Folgend wird auf die Dimension „soziale Beziehungen“ näher eingegangen, die unter anderem mittels der Items „soziale Unterstützung“ sowie „persönliche Beziehungen“ erhoben wird.⁴¹⁶

Soziale Unterstützung kann das psychische Wohlbefinden und die Bewältigung psychosozialer Belastungen positiv beeinflussen.⁴¹⁷ Frauen sind mit der Unterstützung durch Freund_innen zufriedener als Männer. 73 Prozent der oberösterreichischen Männer über 60 Jahren sind mit der Unterstützung durch Freund_innen (sehr) zufrieden, während dies für 83 Prozent der Frauen zutrifft. 24 Prozent der Männer und 12 Prozent der Frauen sind teilweise mit der Unterstützung durch Freund_innen zufrieden. 3 Prozent der Männer und 5 Prozent der Frauen sind damit (sehr) unzufrieden (siehe Abbildung 123).⁴¹⁸

⁴¹³ Bundesministerium für Gesundheit, 2013

⁴¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2015

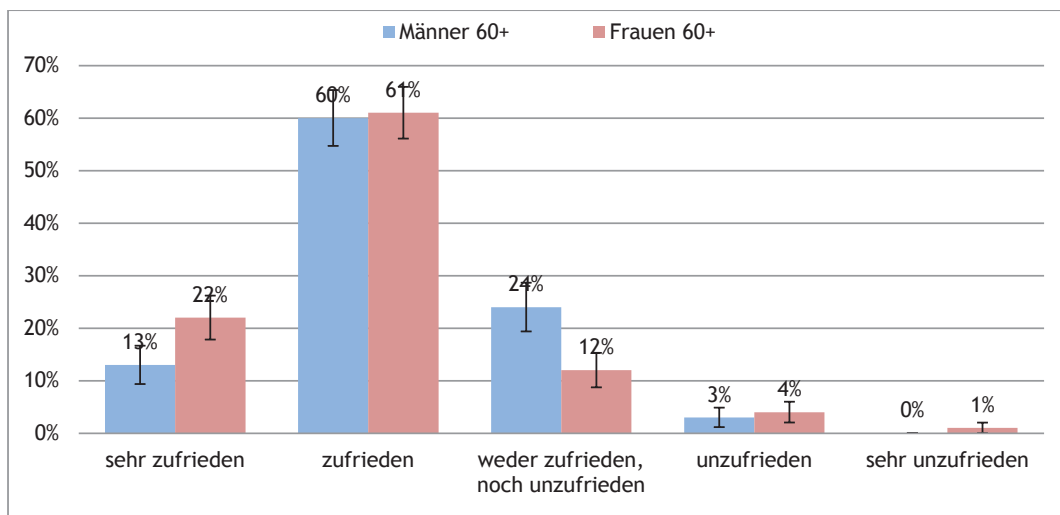
⁴¹⁵ Fonds Gesundes Österreich, 2007

⁴¹⁶ Reif, 2012, S. 9

⁴¹⁷ Statistik Austria 2015a, S. 54

⁴¹⁸ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Abbildung 123: Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freund_innen der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich

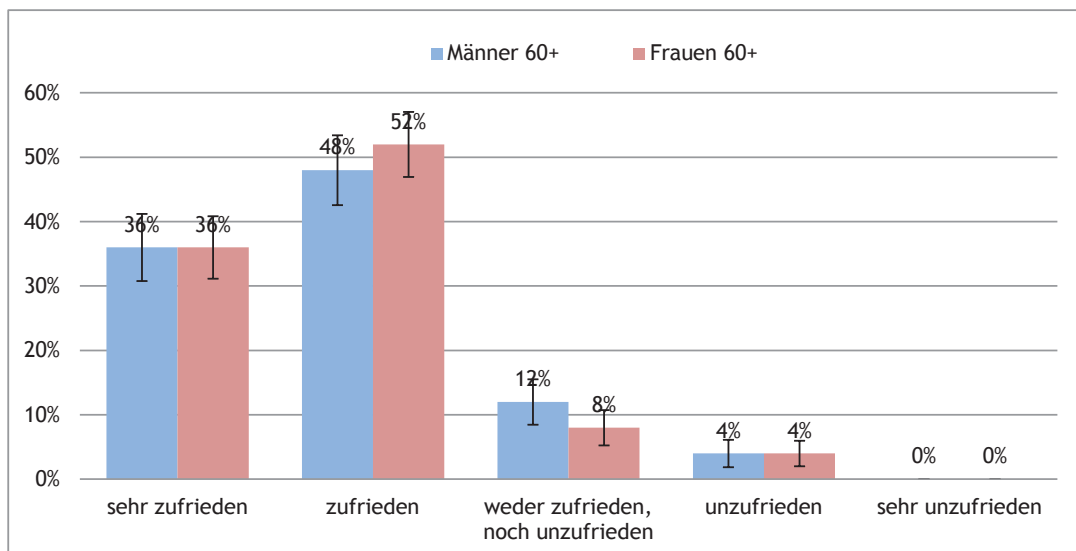


Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Männer und Frauen sind mit den persönlichen Beziehungen in etwa gleichermaßen zufrieden. 84 Prozent der über 60-jährigen Männer in Oberösterreich sind (sehr) zufrieden mit ihren persönlichen Beziehungen. Bei den Frauen trifft dies auf 88 Prozent zu. 12 Prozent der Män-

ner und 8 Prozent der Frauen sind teilweise zufrieden mit den sozialen Beziehungen. Je 4 Prozent der Männer und Frauen sind unzufrieden mit den persönlichen Beziehungen (siehe Abbildung 124).⁴¹⁹

Abbildung 124: Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

⁴¹⁹ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Forschungsergebnisse zeigen die besondere Lage älterer Frauen auf. Ökonomisch benachteiligte sowie geringer qualifizierte ältere Frauen sind oft von Armut, Isolation und Krankheit betroffen. Das Risiko von Armutsgefährdung und sozialer Isolierung ist bei alleinlebenden Frauen höher als bei alleinlebenden Männern. Mitsprachemöglichkeiten sind in vielen politischen und gesellschaftlichen Bereichen für ältere Frauen nicht realisiert bzw. werden nicht genutzt. Ältere Männer betätigen sich eher im organisierten Vereinswesen. Dies ist auch mit Zuerkennung von Prestige und öffentlicher Anerkennung verbunden. Ältere Frauen hingegen engagieren sich eher im privaten und somit „unauffälligeren“ Bereich der freiwilligen Hilfstätigkeiten.⁴²⁰

Insbesondere Frauen leben im höheren Alter meist alleine in einem Haushalt. 2015 lebten in Oberösterreich 45 Prozent der 75- bis 84-Jährigen und 52 Prozent der über 85-Jährigen alleine. Unter den Männern betrifft dies 18 Prozent der 75- bis 84-Jährigen und 28 Prozent der über 85-Jährigen.⁴²¹

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen können diese häufig nicht mehr durch den Ehepartner unterstützt werden, wenn dieser früher verstirbt. Frauen im höheren Alter (75+) sind etwas unzufriedener mit ihren persönlichen Beziehungen als Männer.⁴²² Frauen, die über lange Zeit den Partner betreuen, verlieren oft die sozialen Netze.⁴²³

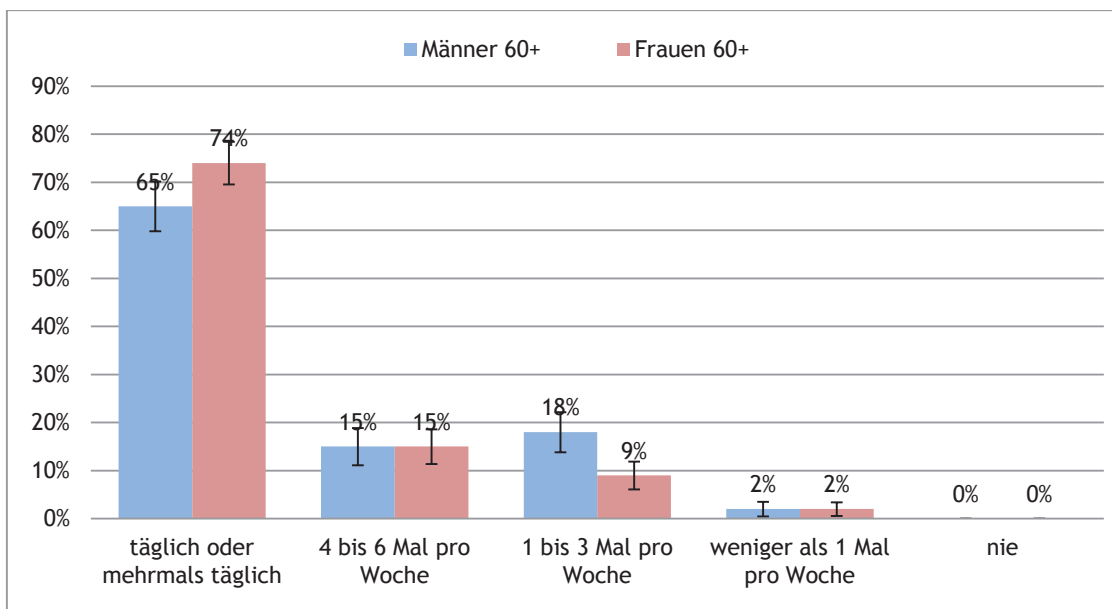
Gesundheitsrelevantes Verhalten

Es gibt viele Faktoren, die gesundheitsrelevantes Verhalten beeinflussen. Folgend wird auf die Bereiche Ernährung, Rauchen und Alkohol näher eingegangen. Das Thema Bewegung fließt in das Unterkapitel „Körperlich aktive Mobilität“ mit ein.

Ernährung

65 Prozent der Männer und 74 Prozent der Frauen über 60 Jahren in Oberösterreich konsumieren täglich oder mehrmals täglich Obst. Jeweils 15 Prozent der Männer und Frauen essen vier- bis sechsmal pro Woche Obst. 18 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen konsumieren ein- bis dreimal pro Woche Obst. Jeweils 2 Prozent der Männer und Frauen in dieser Altersgruppe konsumieren weniger als einmal pro Woche bzw. nie Obst (siehe Abbildung 125).⁴²⁴

Abbildung 125: Obstkonsum der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

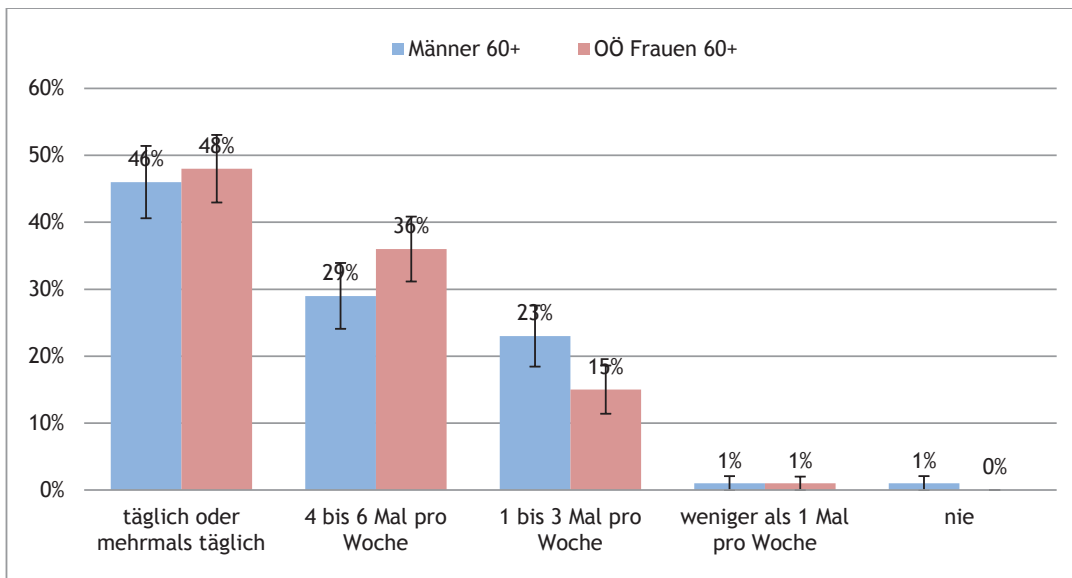
⁴²⁰ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2013, S. 22-24
⁴²¹ Lenzelbauer 2017, S. 14

⁴²² Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 81-82
⁴²³ Pochobradsky et al. 2005, zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 83
⁴²⁴ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

46 Prozent der Männer und 48 Prozent der Frauen über 60 Jahren nehmen täglich Gemüse zu sich. 29 Prozent der Männer und 36 Prozent der Frauen essen vier- bis sechsmal pro Woche Gemüse. Ein Gemüsekonsum von ein- bis dreimal pro Woche betrifft 23 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen. 2 Prozent der Männer und 1 Prozent der Frauen essen weniger als einmal pro Woche bzw. nie Gemüse (siehe Abbildung 126).⁴²⁵

Demnach konsumieren Frauen über 60 Jahren etwas häufiger Obst und Gemüse als Männer dieser Altersgruppe. Daraus lässt sich schließen, dass Frauen dieser Altersgruppe den WHO-Empfehlungen (täglich fünf Portionen Obst und Gemüse) näher kommen als gleichaltrige Männer.

Abbildung 126: Gemüsekonsum der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Rauchen

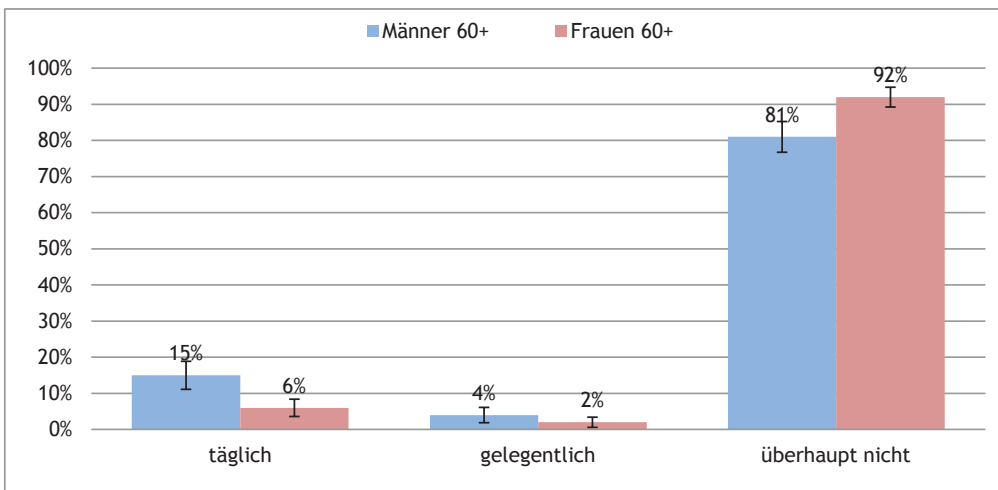
81 Prozent der Männer und 92 Prozent der Frauen über 60 Jahren in Oberösterreich sind Nichtraucher_innen. Zu den gelegentlichen Raucher_innen zählen 4 Prozent der Männer und 2 Prozent der Frauen. 15 Prozent der

Männer und 6 Prozent der Frauen rauchen täglich (siehe Abbildung 127).⁴²⁶ Daraus lässt sich erkennen, dass über 60-jährige Männer in Oberösterreich etwas häufiger rauchen als Frauen dieser Altersgruppe.

⁴²⁵ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

⁴²⁶ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Abbildung 127: Rauchverhalten der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



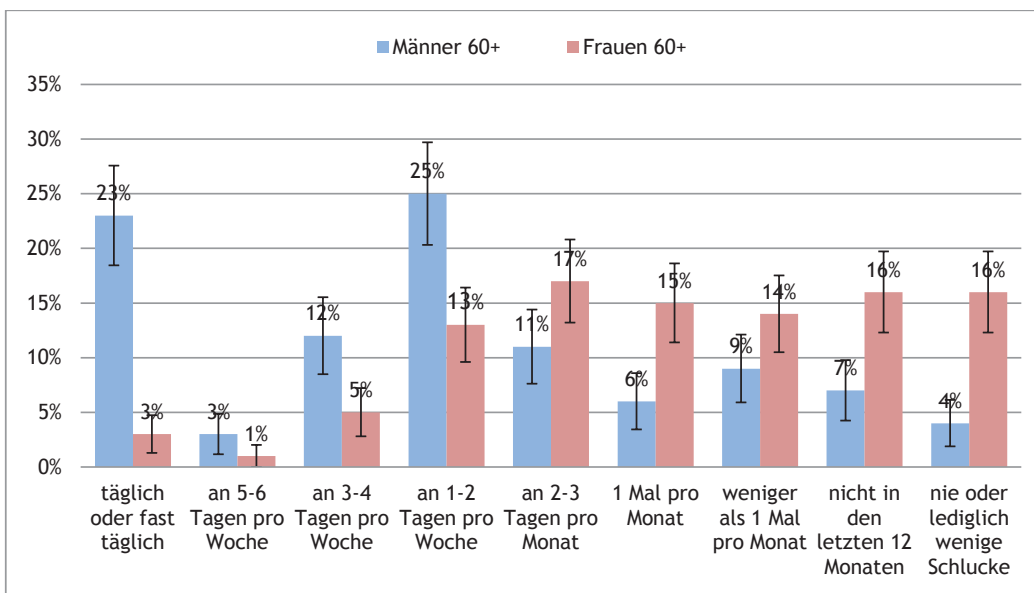
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Alkohol

Während der letzten 12 Monate konsumierten 23 Prozent der über 60-jährigen Männer in Oberösterreich und 3 Prozent der Frauen (fast) täglich Alkohol. 40 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen tranken ein bis mehrmals pro Woche Alkohol. 17 Prozent der Männer und

32 Prozent der Frauen konsumierten ein- bis dreimal pro Monat Alkohol. Auf 20 Prozent der Männer und 46 Prozent der Frauen traf dies seltener zu (siehe Abbildung 128).⁴²⁷ Zusammengefasst konsumieren oberösterreichische Männer über 60 Jahren deutlich häufiger Alkohol als Frauen dieser Altersgruppe.

Abbildung 128: Alkoholkonsum der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

⁴²⁷ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Resümierend lässt sich festhalten, dass Männer über 60 Jahren hinsichtlich der substanzgebundenen Süchte Rauchen und Alkoholkonsum ein ungesünderes Verhalten aufweisen als Frauen dieser Altersgruppe.

Mobilität

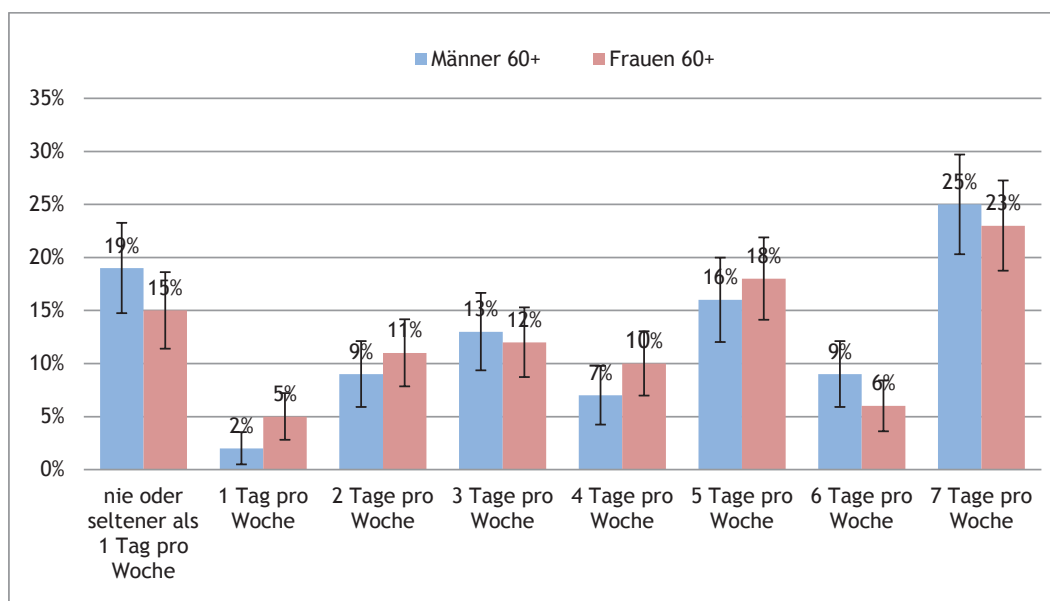
Eine eingeschränkte Mobilität älterer Menschen kann deren Teilhabe am öffentlichen Leben erschweren.⁴²⁸ Aufgrund der Wichtigkeit der Mobilität im Alter hinsichtlich der sozialen Beziehungen wird hier näher darauf eingegangen. Das folgende Kapitel beinhaltet einerseits die körperlich aktive Mobilität von Frauen und Männern über 60 Jahren. Zudem wird auf die Unterschiede von älteren Frauen und Männern hinsichtlich der Verfügbarkeit von Transportmitteln näher eingegangen.

Körperlich aktive Mobilität

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurde nach der Anzahl der Tage in einer typischen Woche gefragt, an denen eine Wegstrecke ohne Unterbrechung zumindest zehn Minuten zu Fuß beziehungsweise mit dem Fahrrad zurückgelegt wird.⁴²⁹

Je 57 Prozent der oberösterreichischen Männer und Frauen über 60 Jahren gehen an vier bis sieben Tagen pro Woche für mindestens zehn Minuten zu Fuß. Knapp ein Viertel der über 60-jährigen Männer (24%) und 28 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe sind an ein bis drei Tagen für zumindest zehn Minuten zu Fuß unterwegs. 19 Prozent der über 60-jährigen Männer und 15 Prozent der über 60-jährigen Frauen sind nie oder seltener als einen Tag pro Woche für mindestens zehn Minuten zu Fuß unterwegs. Männer und Frauen unterscheiden sich hinsichtlich des zu Fußgehens kaum (siehe Abbildung 129).⁴³⁰

Abbildung 129: Anzahl der Tage, an denen über 60-Jährige mindestens 10 Minuten zu Fuß gehen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

⁴²⁸ Stadt Passau, 2013, S. 101

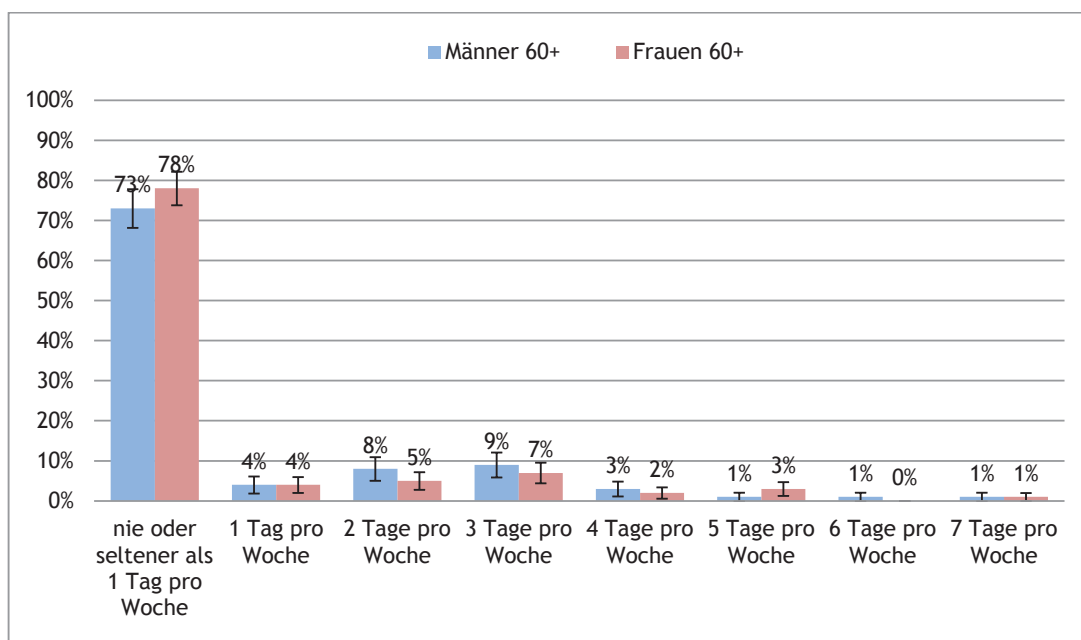
⁴²⁹ Statistik Austria, 2015a, S. 36

⁴³⁰ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Je 6 Prozent der über 60-jährigen Männer und Frauen in Oberösterreich fahren an vier bis sieben Tagen pro Woche für mindestens zehn Minuten mit dem Rad. Gut ein Fünftel (21%) der über 60-jährigen Männer und 16 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe sind an ein bis drei Tagen für zumindest zehn Minuten mit dem Rad unterwegs. 73

Prozent der über 60-jährigen Männer und 78 Prozent der über 60-jährigen Frauen fahren nie oder seltener als einen Tag pro Woche für mindestens zehn Minuten mit dem Rad. Männer und Frauen unterscheiden sich bezüglich des Radfahrens kaum (siehe Abbildung 130).⁴³¹

Abbildung 130: Anzahl der Tage, an denen über 60-Jährige mindestens 10 Minuten Rad fahren nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Verfügbarkeit von Transportmitteln

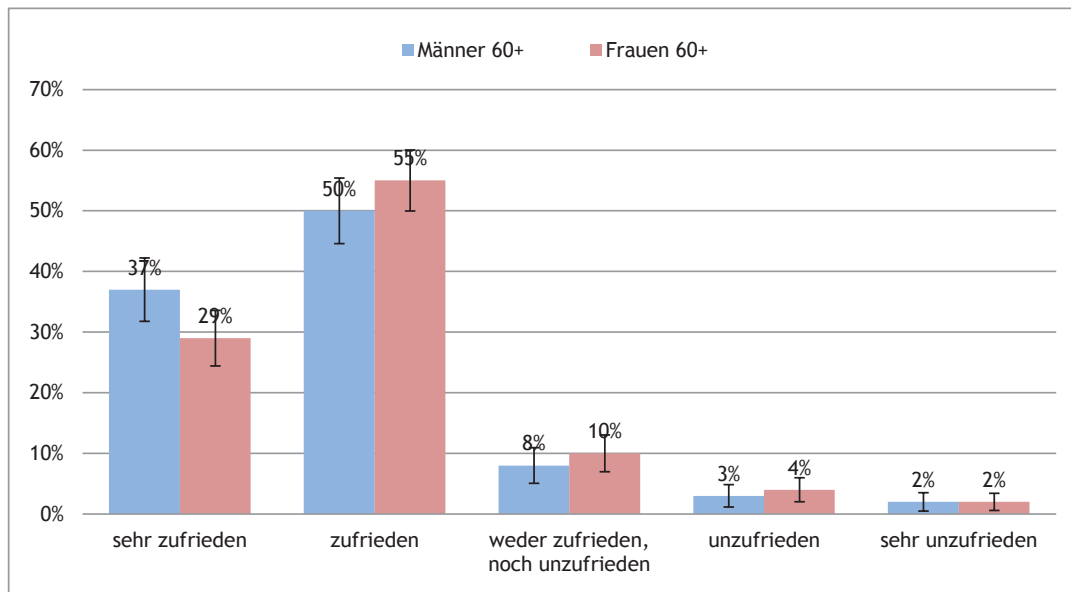
87 Prozent der oberösterreichischen Männer über 60 Jahren und 84 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe sind mit den verfügbaren Beförderungsmitteln (sehr) zufrieden. 8 Prozent der Männer und 10 Prozent der Frauen sind

teilweise zufrieden. 5 Prozent der Männer und 6 Prozent der Frauen sind mit den verfügbaren Beförderungsmitteln (sehr) unzufrieden.⁴³²

⁴³¹ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

⁴³² Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Abbildung 131: Zufriedenheit der über 60-Jährigen mit verfügbaren Transportmitteln nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Eine Befragung des Instituts für empirische Sozialforschung (IFES) belegt, dass rund ein Fünftel der älteren Menschen in Österreich kein Auto im eigenen Haushalt hat, wobei Stadtbewohner_innen seltener ein Auto besitzen als Personen, die in ländlicher Umgebung leben. Die finanziellen Möglichkeiten, das Alter und das Geschlecht beeinflussen den Autobesitz. Die Mehrzahl der älteren und alleine lebenden Frauen besitzt kein Auto. Der häufigste Grund, kein Auto zu haben, ist, dass die älteren Menschen selbst nicht bzw. nicht mehr fahren können. Ältere Männer verlassen das Haus öfter als ältere Frauen. Die Außer-Haus-Mobilität nimmt bei den über 75-jährigen Menschen deutlich ab. In ländlichen Gemeinden sind das nächste Lebensmittelgeschäft, die Apotheke und der Hausarzt zu Fuß für Ältere teilweise nicht erreichbar. Ein Drittel der Befragten gibt an, nicht ausreichend an das öffentliche Verkehrsnetz angebunden zu sein. Die Hälfte der älteren Menschen, die in der Umfrage vom Institut für empirische Sozialforschung von einer schlechten Erreichbarkeit berichtet, hat eine Mitfahrgelegenheit.⁴³³

Finanzielle Absicherung

Pensionist_innen sind mit ihrer Pension⁴³⁴ als Einkommen und der finanziellen Lage etwas zufriedener beziehungsweise etwa in gleichem Ausmaß zufrieden wie die österreichische Gesamtbevölkerung, insgesamt geben sie jedoch eine geringere Gesamtzufriedenheit an.⁴³⁵

14 Prozent der Pensionist_innen in Österreich waren im Jahr 2014 armutsgefährdet.⁴³⁶ Die Armutsgefährdungsquote lag bei den Männern bei 13 Prozent und bei den Frauen bei 16 Prozent. 22 Prozent der alleinlebenden Frauen mit Pension weisen eine erhöhte Armutsgefährdung auf.⁴³⁷

Während für 28 Prozent der alleinlebenden Frauen mit Pension unerwartete Ausgaben in der Höhe von 1.100 Euro nicht finanzierbar waren, war dies nur für 19 Prozent der alleinlebenden Männer mit Pension in Österreich der Fall.⁴³⁸

⁴³⁴ Pensionen sind jene Leistungen, die einen dauerhaften Wegfall von (Erwerbs)einkommen durch das Eintreten bestimmter Ereignisse kompensieren sollen (Alter, Invalidität). Zudem werden bestimmte Leistungen dann zu den Altersleistungen gezahlt, wenn das Regelpensionsalter (Männer ab 65 Jahren, Frauen ab 60 Jahren) erreicht wurde. Zu den Altersleistungen gehören Invaliditätspensionen, Unfallrenten, das Pflegegeld ab dem Regelpensionsalter und Hinterbliebenenleistungen sowie Eigenpensionen.

⁴³⁵ Statistik Austria, 2015b, S. 68

⁴³⁶ Die Armutsgefährdungsschwelle betrug 2014 für einen Einpersonenhaushalt 1.161 Euro pro Monat (oder jährlich 13.926 Euro).

⁴³⁷ Statistik Austria, 2015b, S. 80-83

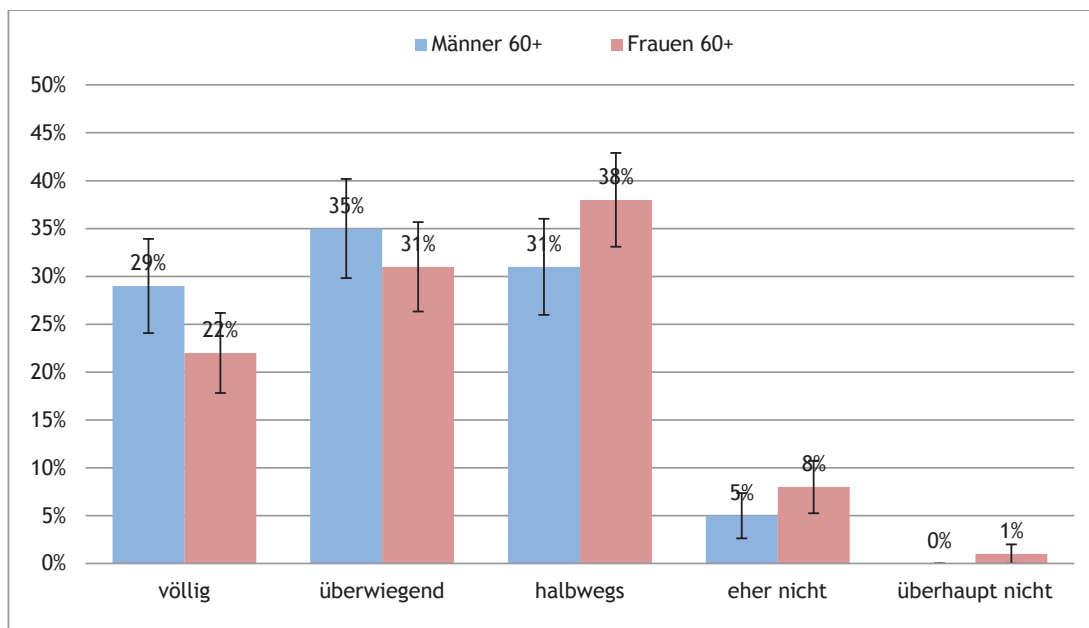
⁴³⁸ Statistik Austria, 2015b, S. 33

⁴³³ Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010, S. 34-40.

Laut ATHIS-Befragung 2014 verfügen 64 Prozent der Männer über 60 Jahren in Oberösterreich über genug Geld, um ihre Bedürfnisse erfüllen zu können. Im Gegensatz dazu verfügt nur rund die Hälfte (53%) der Frauen über genug Geld für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse. 31 Prozent der

Männer und 38 Prozent der Frauen haben teilweise genug Geld, um ihre Bedürfnisse erfüllen zu können. 5 Prozent der Männer und 9 Prozent der Frauen verfügen nicht über genügend Geld für die Erfüllung ihrer Bedürfnisse (siehe Abbildung 132).⁴³⁹

Abbildung 132: „Haben Sie genug Geld, um ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“, über 60-Jährige nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

5.2.3. Gesundheit

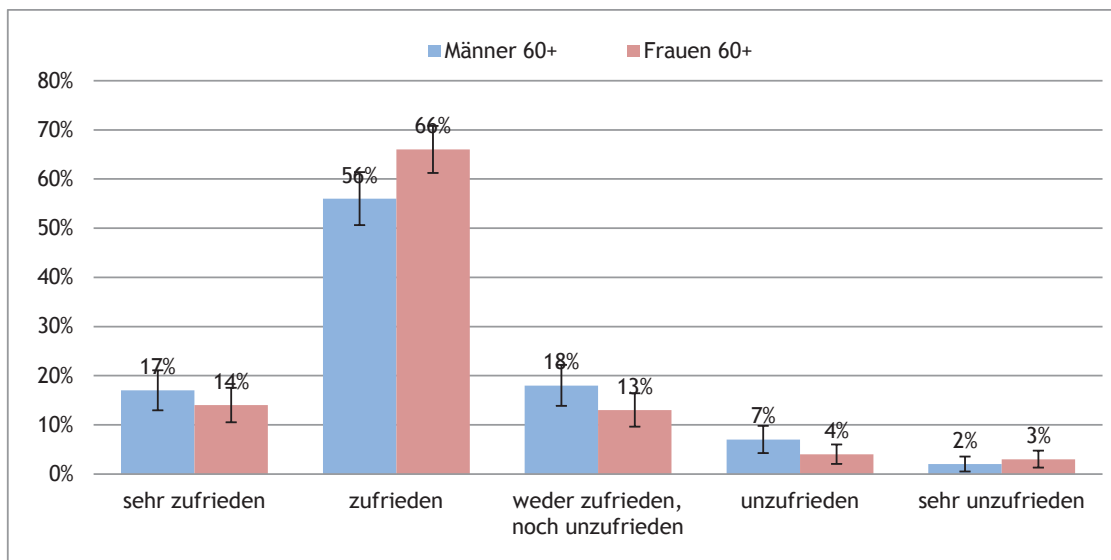
73 Prozent der oberösterreichischen Männer über 60 Jahren sind (sehr) zufrieden mit ihrer Gesundheit, während dies auf 8 von 10 Frauen (80%) zutrifft. 18 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen in dieser Altersgrup-

pe geben an weder zufrieden noch unzufrieden mit ihrer Gesundheit zu sein. 9 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen sind (sehr) unzufrieden mit ihrer Gesundheit (siehe Abbildung 133).⁴⁴⁰

⁴³⁹ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

⁴⁴⁰ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

Abbildung 133: Gesundheitszufriedenheit der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 65 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der verbesserten medizinischen Versorgung führen chronische Krankheiten im Alter häufig zu einer nennenswerten Morbidität der Betroffenen. Daher ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein wichtiger Indikator für die Gesundheit der Bevölkerung. Diese beinhaltet die körperliche, mentale, soziale und umweltbezogene Komponente des Wohlbefindens. Zudem wird auch die subjektive Sicht der Betroffenen hinsichtlich der Funktionsfähigkeit abgebildet.⁴⁴¹

69 Prozent der oberösterreichischen Männer über 60 Jahren und drei Viertel der Frauen in dieser Altersgruppe (75%) beurteilen die Lebensqualität als (sehr) gut. 26 Prozent der Männer und 21 Prozent der Frauen sprechen von mittelmäßiger Lebensqualität. 5 Prozent der Männer und 4 Prozent der Frauen geben an, die Lebensqualität als (sehr) schlecht zu empfinden.⁴⁴²

Schmerzen können das Wohlbefinden und die Lebensqualität beeinträchtigen. 15 Prozent der Männer über 60 Jahren fühlen sich durch Schmerzen ziemlich bzw. äußerst eingeschränkt, dies trifft für 12 Prozent der Frauen zu. 15 Prozent der Männer und 19 Prozent der Frauen berichten, dass sie durch Schmerzen mittelmäßig daran gehindert

werden, notwendige Dinge zu tun. Rund 7 von 10 Personen (70% Männer, 69% Frauen) fühlen sich durch Schmerzen bei der Ausübung der Alltagstätigkeiten ein wenig bzw. überhaupt nicht beeinträchtigt.⁴⁴³ (vgl. dazu Kapitel Gesundheitszustand von Männern und Frauen, Abschnitt Schmerzen)

Psychische Gesundheit

Hinsichtlich der psychischen Gesundheit im Senior_innenalter werden nachfolgend die Themen Depression und Demenz näher ausgeführt.

Depressive Symptome und Depression im Alter

In der Gesundheitsbefragung der Statistik Austria (2014) gaben 5 Prozent der Männer über 60 Jahren in Oberösterreich und doppelt so viele Frauen (10%) an, dass sie in den letzten 12 Monaten unter Depressionen litten.⁴⁴⁴

Hinsichtlich der Prävalenz von Männern ist zu beachten, dass diese möglicherweise unterschätzt wird. Übliche Screening-Instrumente enthalten vor allem Symptome, die von Frauen berichtet werden. Aufgrund der häufig atypischen Symptomatik der Depression beim Mann wird diese häufig bei Betroffenen nicht oder erst sehr spät als depressive Erkrankung erkannt.⁴⁴⁵

⁴⁴¹ Ellert, U., Kurth B.M.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland, Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, zitiert nach Statistik Austria, 2015a, S. 19-20.

⁴⁴² Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

⁴⁴³ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

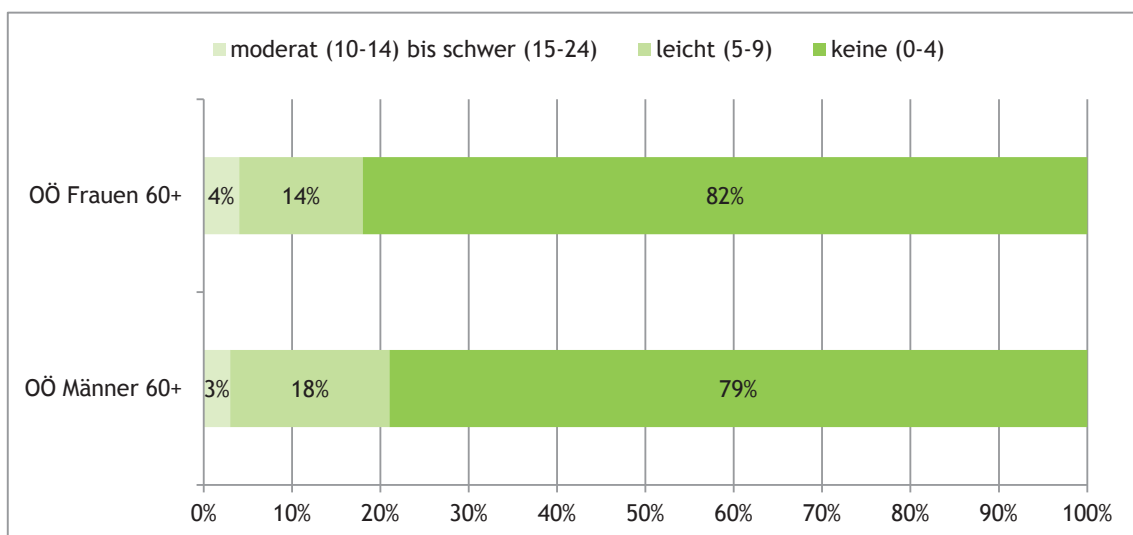
⁴⁴⁴ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

⁴⁴⁵ Möller-Leimkühler, 2013, S. 3-4

Aktuell bestehende depressive Symptome wurden anhand eines Screening-Instruments für Depression erfasst (Patient Health Questionnaire, PHQ-8). Im Rahmen des PHQ-8 werden Häufigkeit und Ausmaß von acht depressiven Symptomen innerhalb der letzten zwei Wochen erfragt (vermindertes Interesse oder Freude, depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Müdigkeit oder Energieverlust, Appetitstörung, Gefühle von Wertlosigkeit oder Schuld, Konzentrationsstörung, psychomotorische Verlangsamung oder Unruhe).⁴⁴⁶

Laut den Ergebnissen des PHQ-8 bestand bei 3 Prozent der oberösterreichischen Männer über 60 Jahren und bei 4 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe eine depressive Symptomatik (mittelgradige beziehungsweise schwere depressive Symptome). Eine milde depressive Symptomatik wurde bei 18 Prozent der Männer und 14 Prozent der Frauen festgestellt. 79 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen wiesen keine depressiven Symptome auf (siehe Abbildung 134).⁴⁴⁷ (nähere Information zum Thema ist im Kapitel „Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ zu finden)

Abbildung 134: Depressive Symptome von über 60-jährigen Männern und Frauen in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; PHQ-8

Demenzielle Erkrankungen

Bei einer demenziellen Erkrankung handelt es sich um eine Kombination von kognitiven Symptomen und Verhaltensänderungen. Folgende Symptome sind kennzeichnend für eine demenzielle Erkrankung: Beeinträchtigung des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses, Verlust der Orientierung, zunehmende Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, speziell des abstrakten Denkvermögens und

der verbalen Kommunikation. Fortschreitende Demenz ist mit Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten verbunden. Es gibt verschiedene Formen der Demenz, wobei die häufigste und bekannteste Form Morbus Alzheimer (chronisch-degenerative Erkrankung des Gehirns) ist, an der über 60 Prozent der von einer demenziellen Erkrankung Betroffenen leiden. Am zweithäufigsten tritt die vaskuläre Demenz auf.⁴⁴⁸

⁴⁴⁶ Busch M.A. et al., Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierte Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 2013; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013, zitiert nach Statistik Austria, 2015a, S. 24.

⁴⁴⁷ Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

⁴⁴⁸ Zeiler, DSM IV, Dal Bianco, zitiert nach Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016b, S. 7

Aufgrund des hohen Frauenanteils bei den Hochaltrigen sind in absoluten Zahlen gemessen wesentlich mehr Frauen als Männer von typischen altersbedingten Krankheiten wie Demenz betroffen.⁴⁴⁹ Im Jahr 2013 waren in Österreich rund 97 Prozent der Menschen mit Demenz (62.655 Personen) über 59 Jahre. Davon waren 35 Prozent Männer (21.786 Männer) und 65 Prozent Frauen (40.869 Frauen).⁴⁵⁰

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen hat Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen veröffentlicht. Die Broschüren „Frauen und Männer mit Demenz“ sowie „Geschlechtersensibel werden - Nachdenken über Gender im Umgang mit Menschen mit Demenz“ enthalten Anleitungen für die alltägliche Kommunikation und einen respektvollen Umgang.⁴⁵¹

Körperliche Gesundheit

Folgendes Kapitel behandelt funktionale Einschränkungen im Alter ebenso wie Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus, Stürze/Gebrechlichkeit sowie Body Mass Index und Körperwahrnehmung.

Funktionale Einschränkungen

Sensorische Fähigkeiten (insbesondere Sehen und Hören) sowie Mobilität sind wesentliche Voraussetzungen für ein erfülltes Leben und für die Lebensqualität der Menschen. Einschränkungen der Sinnesorgane stellen zudem Risikofaktoren, z.B. im Hinblick auf Unfälle, dar.⁴⁵²

14 Prozent der oberösterreichischen Männer über 60 Jahren und 15 Prozent der Frauen in dieser Altersgruppe weisen Sehprobleme auf, d.h. dass sie, unabhängig davon, ob sie eine Brille oder Kontaktlinsen verwenden, zumindest leichte Schwierigkeiten beim Sehen angeben.⁴⁵³

Hörprobleme bei Gesprächen in ruhigen Räumen geben deutlich mehr Männer über 60 Jahren (23%) als Frauen (14%) an. In der Altersgruppe über 60 Jahren sind rund 54 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen von Hörproblemen in lauten Räumen betroffen.⁴⁵⁴

Für die höhere Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen bei Männern kommen verschiedene Erklärungsansätze in Betracht. Einerseits dürfte die berufliche Exposition im Hinblick auf Umgebungslärm eine Rolle spielen, von der Männer häufiger betroffen sind. Aber auch von außerberuflichen Lärmbelastungen dürften Männer stärker betroffen sein als Frauen (z.B. Knalltraumata durch lautes Spielzeug, Feuerwerkskörper oder Vorfälle beim Wehrdienst). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass das Bewusstsein im Hinblick auf die gesundheitlichen Folgen von Lärm (beeinflusst durch gesellschaftliche Geschlechterrollen und Zuschreibungen) bei Männern weniger stark ausgeprägt ist als bei Frauen.⁴⁵⁵

Gehprobleme auf ebenen Strecken betreffen Frauen (25%) etwas häufiger als Männer (15%). Probleme beim Treppensteigen haben 19 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen (siehe Abbildung 135).⁴⁵⁶

⁴⁴⁹ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. VII

⁴⁵⁰ Höfler, Bengough, Winkler & Griebler, 2015, S. 25

⁴⁵¹ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016a

⁴⁵² Statistik Austria, 2015a, S. 27

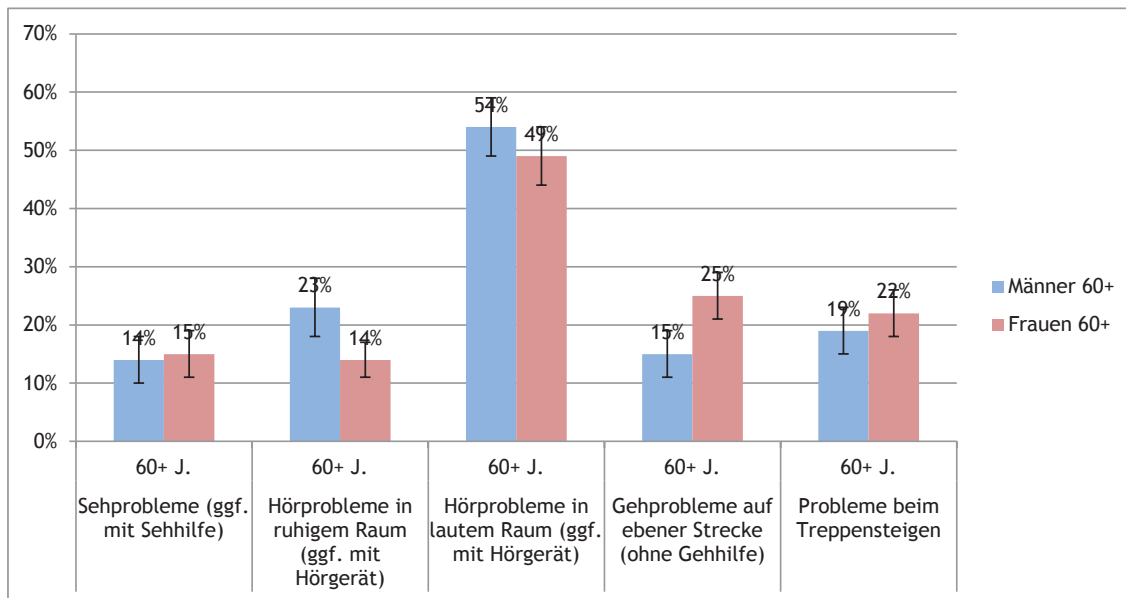
⁴⁵³ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

⁴⁵⁴ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

⁴⁵⁵ Streppel et al. 2006, S. 31

⁴⁵⁶ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

Abbildung 135: Funktionale Einschränkungen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Aktivitätseinschränkungen im Alltag - ADL und IADL

Im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit ist es von wesentlicher Bedeutung, wie weit Personen in der Lage sind, Aktivitäten des täglichen Lebens selbständig bewältigen zu können. Die sogenannten „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL-Activities of Daily Living) bezeichnen die Fähigkeit einer Person, die zur Befriedigung von Grundbedürfnissen notwendigen Tätigkeiten selbständig auszuführen. Dazu gehören selbständige Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden, Toilettenbenutzung, Körperpflege sowie die Fähigkeit sich zu setzen und das Bett zu verlassen. Die sogenannten „Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens“ (IADL-Instrumental Activities of Daily Living) bezeichnen Tätigkeiten, die für die Haushaltsführung und ein eigenständiges Leben wesentlich sind.⁴⁵⁷

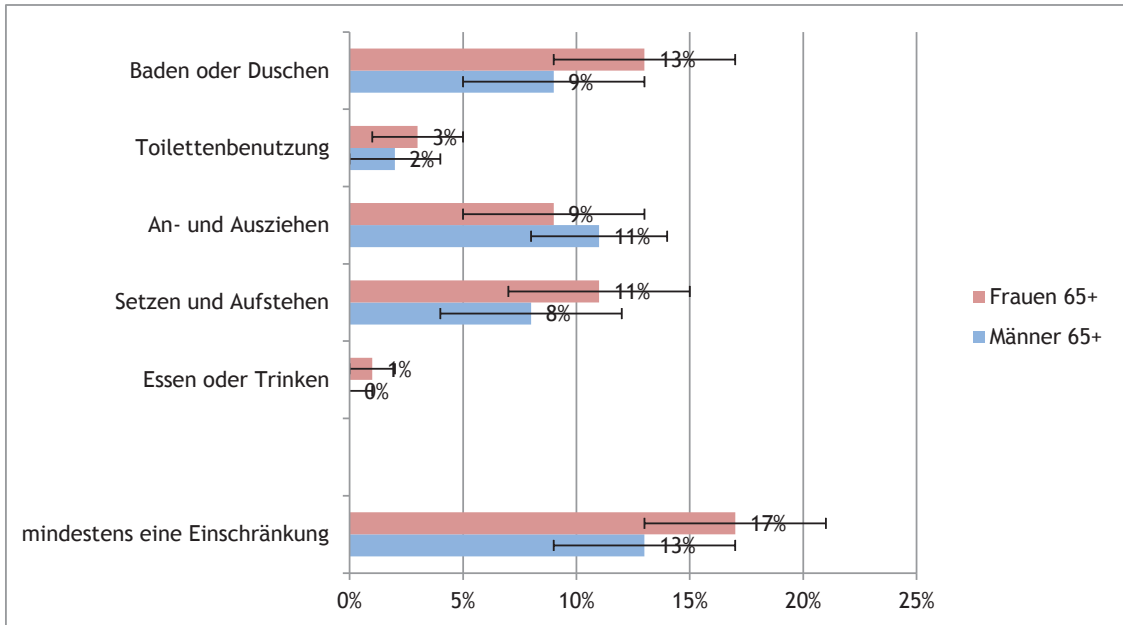
In Oberösterreich sind 13 Prozent der über 65-jährigen Männer und 17 Prozent der Frauen bei mindestens einer wichtigen alltäglichen Basisaktivität (ADL: Essen und Trinken, Setzen und Aufstehen, An- und Ausziehen, Toilettenbesuch, Baden/Duschen) auf Hilfe angewiesen. Das sind hochgerechnet rund 36.600 Betroffene (13.400 Männer und 23.200 Frauen) (siehe Abbildung 136).^{458, 459}

⁴⁵⁷ Statistik Austria, 2015a, S. 27

⁴⁵⁸ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

⁴⁵⁹ Der Grad der Pflegebedürftigkeit, der für das Pflegegeld relevant ist, lässt sich daraus nicht ableiten, da bei der ATHIS-Befragung nur Privathaushalte (keine Anstalten) befragt wurden. Zudem handelt es sich bei der Gesundheitsbefragung um Selbstangaben, wohingegen die Pflegegeld-einstufung durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgt.

Abbildung 136: Einschränkungen bei Basisaktivitäten im Alter (ADL) in Oberösterreich



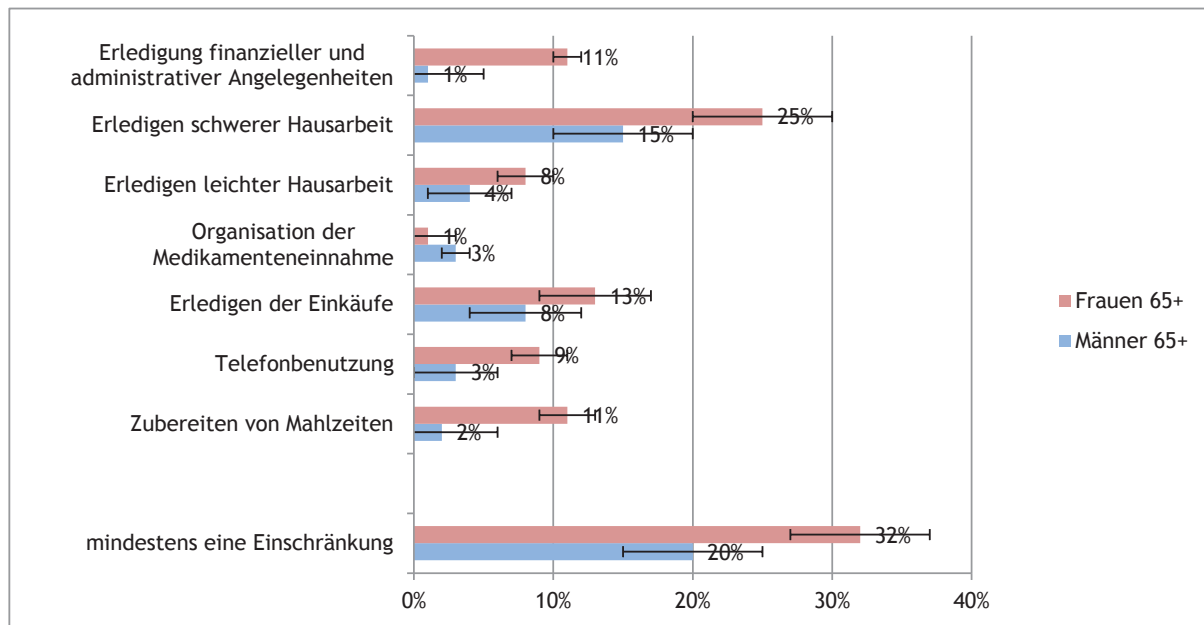
Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 65 Jahre in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Im Hinblick auf die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten im Haushalt (IADL) sind ein Fünftel der oberösterreichischen Männer über 65 Jahre (20%) sowie knapp ein Drittel der Frauen (32%) auf Unterstützung im Alltag angewiesen.

Das sind hochgerechnet rund 64.100 Betroffene (21.500 Männer und 42.600 Frauen) (siehe Abbildung 137).⁴⁶⁰

⁴⁶⁰ IGP-Berechnungen auf Basis ATHIS-Daten 2014 (Datenquelle: Datensatz der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014, Statistik Austria).

Abbildung 137: Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen im Haushalt (IADL) in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen). Bevölkerung über 65 Jahre in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

Herz-Kreislaufkrankungen

Laut WHO sind Herz-Kreislaufkrankungen bzw. kardiovaskuläre Erkrankungen eine Gruppe von Erkrankungen des Herzens und der Blutgefäße.⁴⁶¹ Folgend wird hinsichtlich des Genderaspekts beispielhaft auf die Symptome des Herzinfarkts eingegangen. Die US-amerikanische Kardiologin Healy wies vor über 20 Jahren darauf hin, dass bei Frauen ein Herzinfarkt oft nicht erkannt wird, wenn keine männerspezifischen Symptome wie Brustschmerzen auftreten. Die Symptome bei Frauen sind oft unspezifischer.⁴⁶²

Da Herz-Kreislaufkrankungen im Kapitel „Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ ausführlich behandelt werden, wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen.

Atemwegserkrankungen

Krankheiten der Atmungsorgane als Ursache für einen Krankenhausaufenthalt betreffen vor allem hochaltrige Männer. Krankheiten des Atmungssystems als Anteile an den Gesamttodesfällen steigen mit zunehmendem Alter bei männlichen Personen stärker als bei weiblichen Personen (je nach Alter und Geschlecht 5% bis 9%).⁴⁶³ Informationen zu Lungenkrebs sind im Kapitel „Gesundheitszustand von Männern und Frauen“ zu finden.

Diabetes mellitus

Unter Diabetes mellitus versteht man eine Gruppe von Stoffwechselerkrankungen, die als gemeinsamen Befund die Erhöhung des Blutzuckerspiegels (Hyperglykämie) haben.⁴⁶⁴

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten Beratungsanlässe einer Hausarztpraxis bei Patient_innen über 65 Jahren.⁴⁶⁵ Laut den Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 lag die Diabetesprävalenz bei Frauen über 60 Jahren mit 10 Prozent deutlich unter jener der Männer mit 14 Prozent.⁴⁶⁶

Das Gesundheitsverhalten sowie Entwicklung und Verlauf aller Diabetes-Formen werden vom Geschlecht beeinflusst. Sowohl biologische Unterschiede als auch Faktoren wie Bildung oder Sozialstatus spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Niedriger Sozialstatus und schlechte Bildung sind speziell bei Frauen mit einem erhöhten Risiko für Diabetes verbunden. Diabetikerinnen schätzen ihre Lebensqualität schlechter ein als Diabetiker, wobei dies vor allem die psychische Lebensqualität betrifft.⁴⁶⁷

⁴⁶¹ Griebler, Anzenberger & Eisenmann, 2015, S. 2
⁴⁶² Griebler, Anzenberger & Eisenmann, 2015, S. 60
⁴⁶³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 75

⁴⁶⁴ Griebler, Geißler & Winkler, 2015, S. 2
⁴⁶⁵ Kleinbichler et al., zitiert nach Griebler, Geißler & Winkler, 2015, S. 38
⁴⁶⁶ Statistik Austria, 2015a, S. 23
⁴⁶⁷ Griebler, Geißler & Winkler, 2015, S. 64, S. V

Stürze/Gebrechlichkeit

Spitalsbehandelte Heim- und Freizeitunfälle betrafen österreichweit im Jahr 2014 hochgerechnet 46.300 Männer und 111.500 Frauen über 65 Jahren. Demnach waren deutlich mehr Frauen in dieser Altersgruppe von Heim- und Freizeitunfällen betroffen als Männer.⁴⁶⁸ Spitalsbehandelte Verletzungen im Bereich Heim und Freizeit waren 2014 am häufigsten aufgrund von Stürzen beim Gehen notwendig. Diese werden zum Beispiel durch Ausrutschen auf nassem Boden oder Stolpern verursacht. Personen über 65 Jahren sind hiervon am meisten betroffen. Problematisch ist, dass Sturzverletzungen im Alter zu Komplikationen führen können, weil die Heilung langsamer dauert als bei jüngeren Personen. Zudem kann eingeschränkte Beweglichkeit als Folgeschaden auftreten.⁴⁶⁹

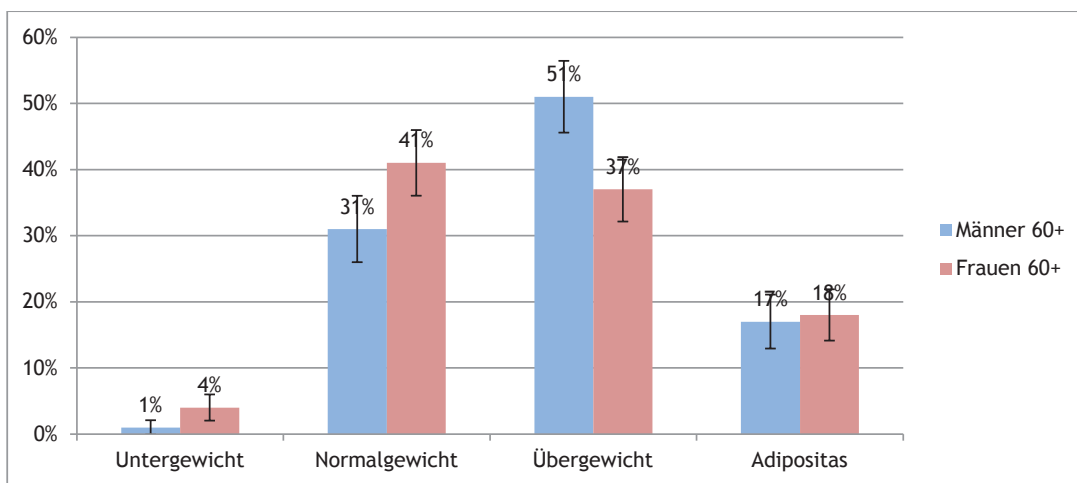
Body Mass Index und Körperwahrnehmung

Der Body-Mass-Index (BMI) gibt das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm zum Quadrat der Körpergröße in Metern an (BMI=Körpergewicht (kg)/Körpergröße (m²)).

Laut einer Klassifikation der WHO⁴⁷⁰ wird beim Erwachsenen je nach BMI zwischen Untergewicht (BMI < 18,5), Normalgewicht (18,5 - 24,9), Übergewicht (25,0 - 29,9) und Adipositas (BMI ≥ 30,0) unterschieden. Die folgenden Zahlen beziehen sich auf Selbstangaben. Hier ist zu beachten, dass das Körpergewicht häufig unterschätzt und die Körpergröße häufig überschätzt wird.⁴⁷¹

1 Prozent der oberösterreichischen Männer und 4 Prozent der Frauen über 60 Jahren waren laut Selbstangaben untergewichtig. 31 Prozent der Männer und 41 Prozent der Frauen über 60 Jahren waren normalgewichtig. Rund die Hälfte der Männer (51%) und 37 Prozent der Frauen über 60 Jahren waren übergewichtig. Von Adipositas waren nahezu gleich viele Männer (17%) wie Frauen (18%) über 60 Jahren betroffen (siehe Abbildung 138).⁴⁷²

Abbildung 138: Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas von über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich



Quelle: Statistik Austria: ATHIS 2014 (IGP-Berechnungen); Untergewicht (BMI < 18,5), Normalgewicht (18,5 - 24,9), Übergewicht (25,0 - 29,9) und Adipositas (BMI ≥ 30,0); Bevölkerung über 60 Jahren in Oberösterreich; Fehlerindikator: Konfidenzintervall 95%

⁴⁶⁸ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014a
⁴⁶⁹ Kuratorium für Verkehrssicherheit, 2014b

⁴⁷⁰ Apps.who.int\bmi
⁴⁷¹ Statistik Austria, 2015a, S. 38
⁴⁷² Quelle: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (IGP-Berechnungen).

5.2.4. Gesundheitsförderung in Oberösterreich

Die Gesundheitsförderung der älteren Menschen wird speziell durch das Gesundheitsziel 9 „Ältere Menschen aktiv einbeziehen“ vorangetrieben.

Ältere Arbeitnehmer_innen werden im Gesundheitsziel 2 „Arbeitsplätze gesünder gestalten“ als Zielgruppe angesprochen. Außerdem können Gemeinden im Rahmen des Gesundheitsziels 3 „Gesundheit in den Gemeinden fördern“ beim Qualitätszertifikat^{plus} speziell die Zielgruppe „Senior_innen“ auswählen.

Die Berücksichtigung des Genderaspekts im Rahmen der Gesundheitsförderung von Senior_innen wird im Kapitel „Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen“ näher erläutert.

5.2.5. Genderspezifische Gesundheitsförderung älterer Menschen in Bezug auf Chancengerechtigkeit

Vorerst werden allgemeine Unterschiede von Frauen und Männern im Alter erläutert und anschließend wird der Aspekt der Gesundheitsförderung näher ausgeführt.

Unterschiede von Frauen und Männern im Alter

Im Bericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ des Bundesministeriums für Gesundheit werden die Unterschiede von über 64-jährigen Frauen und Männern zusammengefasst. Männer haben eine niedrigere Lebenserwartung als Frauen, doch hinsichtlich der Lebenserwartung bei guter Gesundheit (ohne chronische Krankheiten und funktionale Beeinträchtigungen) gibt es kaum Unterschiede. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil an hochaltrigen Männern im Zeitverlauf steigen wird und geschlechtsspezifische Unterschiede geringer werden.⁴⁷³

Frauen im hohen Alter sind häufig alleinstehend. Alleinstehende Frauen im höheren Alter sind oft von Armutsgefährdung betroffen. Der Gesundheitszustand wird von weiblichen älteren Personen im Vergleich zu männlichen älteren Personen tendenziell ungünstiger bewertet. Zudem sind bei Frauen mehr Lebensjahre mit chronischen Krankheiten und funktionalen Beeinträchtigungen verbunden als bei Männern. Darüber hinaus berichten Frauen häufiger von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats und damit verbundenen Einschränkungen in der Mobilität. Unfälle und Stürze passieren speziell bei Frauen im höheren Senior_innenalter. Die Pflegebedürftigkeit ist aufgrund des höheren Alters und der vermehrten Probleme mit dem Bewegungs- und Stützapparat erhöht. Pflegebedürftige und Heimbewohner_innen sind zum Großteil Frauen. Frauen werden häufiger institutionell gepflegt, da für private Pflege niemand mehr zur Verfügung steht. Zudem leiden Frauen öfter unter Schmerzen und psychischen Beeinträchtigungen.⁴⁷⁴

Gesundheitsförderung im Alter

Die ältere Bevölkerung ist in den zehn „Gesundheitszielen Österreich“ in allen Zielen berücksichtigt. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit soll mittels einer Zusammenarbeit aller Politik- und Gesellschaftsbereiche, unabhängig von Alter, Geschlecht, Herkunft oder Einkommen, entstehen. Der Nationale Aktionsplan Ernährung beinhaltet ernährungspräventive Aspekte. Der Schwerpunkt bei älteren Menschen liegt dabei auf der Vermeidung von Mangelernährung. Dies soll mittels Sensibilisierung von Betroffenen und Pflegenden für die Bedeutung bedarfsgerechter Energie- und Nährstoffzufuhr gefördert werden. Im Nationalen Aktionsplan Bewegung sind spezifische Ziele für ältere Personen enthalten.⁴⁷⁵ Vom Fonds Gesundes Österreich werden seit 2003 Projekte gefördert, die die Aktivitäten älterer Menschen steigern sollen.⁴⁷⁶

⁴⁷³ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. VII

⁴⁷⁴ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. VII

⁴⁷⁵ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 121

⁴⁷⁶ Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. XVI

Factbox

- Männer und Frauen im Senior_innenalter sind mit den persönlichen Beziehungen in etwa gleichermaßen zufrieden. Ältere Frauen sind mit der Unterstützung durch Freund_innen zufriedener als ältere Männer.
- Das Risiko von Armutgefährdung und sozialer Isolierung ist bei alleinlebenden, älteren Frauen höher als bei alleinlebenden, älteren Männern.
- Seniorinnen konsumieren häufiger Obst und Gemüse als Senioren. Zudem rauchen ältere Frauen seltener als ältere Männer und konsumieren seltener Alkohol.
- Frauen sind häufiger von Depression im Alter betroffen als Männer. Hierbei ist allerdings ein möglicher Bias durch Screening-Instrumente zu beachten.
- Ältere Frauen sind häufiger von Demenz betroffen als ältere Männer, wobei diesbezüglich der höhere Frauenanteil bei den Hochaltrigen zu beachten ist.
- Männer und Frauen über 60 Jahren sind in etwa gleich häufig von Sehproblemen betroffen. Hörprobleme betreffen mehr Männer als Frauen. Gehprobleme betreffen hingegen Frauen etwas häufiger als Männer.
- Frauen sind etwas häufiger als Männer bei mindestens einer wichtigen alltäglichen Basisaktivität (z.B. Essen und Trinken, Setzen und Aufstehen) auf Hilfe angewiesen.
- Im Hinblick auf die Verrichtung alltäglicher Tätigkeiten im Haushalt sind ebenfalls mehr Frauen als Männer auf Unterstützung im Alltag angewiesen.
- Die Mortalität von Frauen durch Herzinfarkt ist erhöht, da ein Herzinfarkt teilweise nicht erkannt wird, wenn keine mänderspezifischen Symptome auftreten.
- Krankheiten der Atmungsorgane als Ursache für einen Krankenhausaufenthalt betreffen speziell hochaltrige Männer.
- Die Diabetesprävalenz bei Frauen über 60 Jahren liegt deutlich unter jener der Männer.
- Ältere Frauen sind häufiger von spitalsbehandelten Heim- und Freizeitunfällen betroffen als ältere Männer, wobei dafür meist Stürze ursächlich sind.
- Von Übergewicht sind mehr Männer über 60 Jahren betroffen als Frauen. Der Adipositas-Anteil ist bei beiden Geschlechtern etwa gleich hoch.

5.3. Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen

Folgendes Kapitel widmet sich den genderspezifischen Aspekten der oberösterreichischen Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen. Vorerst werden allgemeine Ansatzpunkte für genderechte Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben. Darauf folgend werden die oberösterreichischen Gesundheitsziele hinsichtlich der Berücksichtigung des Genderaspekts analysiert.

Genderechte Gesundheitsförderung und Prävention
Erfolgreiche Methoden der Gesundheitsförderung berücksichtigen die komplexen Zusammenhänge von Geschlecht, Gesundheit und sozialer Lage.⁴⁷⁷ Das nationale Rahmen-Gesundheitsziel 2 beinhaltet den Genderaspekt hinsichtlich gesundheitlicher Chancengerechtigkeit: „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen“.⁴⁷⁸ Zur Erreichung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern muss Gender Mainstreaming in allen Phasen des Public Health Action Cycle (Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementation/Umsetzung, Bewertung/Evaluation) Anwendung finden. Dadurch können relevante Zielgruppen identifiziert, Maßnahmen zielgruppengerecht umgesetzt und Effekte geschlechterdifferenziert evaluiert werden.⁴⁷⁹

Ansatzpunkte für geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention sind laut Meierjürgen und Dalkmann (2006, S. 245):

- Erhebung bzw. Vorhandensein geschlechterdifferenzierter Daten und Ergebnisse
- Berücksichtigung des Geschlechts bei der Ansprache von Adressat_innen (Zugangswege)
- Einbeziehung des Geschlechts bei der Festlegung von Zielen, Zielgruppen, Methoden und Maßnahmen
- Analyse spezifischer Lebensweisen, Bedürfnisse und Belastungen von Frauen und Männern, um adäquate Konsequenzen daraus ziehen zu können
- Inklusion aller relevanten Faktoren zur Förderung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen⁴⁸⁰

Gesundheitsziel 1 „Wohlbefinden in der Schule erhöhen“

„Wohlbefinden an der Schule fördert die Gesundheit. Gesunde SchülerInnen lernen besser, gesunde LehrerInnen unterrichten besser. Deswegen wird die Gesundheitsförderung in den Schulen ausgebaut.“

Genderspezifische Aspekte werden im Antrag zum Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ unter der Rubrik „Besondere Bedürfnisse“ abgefragt. Dabei wird extra auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Jungen und Mädchen hingewiesen. Ungefähr zwei Drittel der Schulen verweisen an diesem Punkt auf genderspezifische Aktivitäten.⁴⁸¹ Die Themen, die in diesem Bereich häufig genannt werden, hängen stark von der Art der Schule und dem Alter der Schüler_innen ab. Am häufigsten wird auf Angebote im Unterrichtsfach Bewegung und Sport in der Form verwiesen, dass auf die unterschiedlichen Bewegungsbedürfnisse von Jungen und Mädchen Rücksicht genommen wird (häufig werden bei Buben eher Fußball und wettkampforientierte Sportarten und bei Mädchen eher Entspannung, Tanz, Nordic Walking, Aerobic, etc. angeboten). Ähnliches gilt für die Möglichkeiten, die Pause zu gestalten. Hier wird häufig angegeben, dass Jungen eher mehr Bewegung möchten und Mädchen eher Ruheräume aufsuchen. Gerade in Hinblick auf die unterschiedlichen Bewegungsbedürfnisse geben aber auch manchen Schulen an, dass sie die typischen Rollenmuster einmal unterbrechen möchten. Andere werden von den Kindern und Jugendlichen überrascht, dass sie nicht den typischen Rollenmustern bzw. Vorstellungen der Lehrer_innen entsprechen. Gerade Fußball wird zum Beispiel sehr gerne auch von Mädchen gespielt.

Speziell in Volksschulen wird manchmal auch darauf hingewiesen, dass es nur weibliche Lehrerinnen gibt und für Buben männliche Ansprechpartner fehlen. Schulen versuchen dies dadurch auszugleichen, dass externe männliche Betreuer für Workshops oder ähnliches an die Schule geholt werden.

Gesundheitsziel 2 „Arbeitsplätze gesünder gestalten“
„Die Arbeitswelt hat großen Einfluss auf Gesundheit und Krankheit der MitarbeiterInnen. Deswegen wird die Anzahl der Betriebe, die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention umsetzen, stark erhöht.“

Gender ist ein Querschnittsthema, das in der betrieblichen Gesundheitsförderung laufend beachtet wird.⁴⁸² In der Diagnosephase werden Gesundheitsbefragungen und Krankenstandsauswertungen (Betriebe ab 50 Beschäftigte) durchgeführt (ebenso in der Evaluierung). Alle Auswertungen dafür werden geschlechterspezifisch gemacht. Wenn sich aus diesen Ergebnissen geschlechterspezifische

⁴⁷⁷ Kern-Stoiber, 2012, S. 108

⁴⁷⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2013

⁴⁷⁹ Kolip, 2008, S. 29

⁴⁸⁰ Rásky & Scheipl, 2016, S. 79-80

⁴⁸¹ Die folgenden Aussagen basieren auf einer Durchsicht aller Anträge zum Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ aus den Jahren 2014 bis 2016 (n=111)

⁴⁸² Die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte im Rahmen des Gesundheitszieles 2 wurde in einem Interview mit Frau Bettina Stadlmayr MSc von der Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention der OÖGKK am 11. Jänner 2017 erläutert.

Themen ergeben, sind die BGF-Berater_innen in den OÖ Betrieben von der OÖGKK als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerkes BGF angewiesen, extra darauf hinzuweisen. Zu diesem Zweck wurden genderrelevante Fragestellungen zu den einzelnen Projektphasen entwickelt (z. B. „Sind Geschlechterdifferenzen in den außerbetrieblichen Anforderungsstrukturen und Lebenslagen berücksichtigt?“), welche die BGF-Berater_innen kennen und in den Betrieben bearbeiten.

In der Planungsphase eines BGF-Projektes ist eine wichtige Voraussetzung, dass die Zusammensetzung der Gesundheitszirkel, in denen die Maßnahmen geplant werden, auch die Zusammensetzung der Mitarbeiter_innen im Betrieb widerspiegelt. Dies bedeutet unter anderem auch die Berücksichtigung der Geschlechter-Aufteilung des Betriebes. Auch in den Ausbildungen zu Gesundheitszirkel-Moderator_innen wird mehrmals darauf hingewiesen.

In einigen Branchen (z. B. im Handel) kann es dadurch vorkommen, dass einzelne Gesundheitszirkel rein weiblich besetzt sind. Auch die zeitliche Lage der Gesundheitszirkel ist in diesem Zusammenhang von Wichtigkeit, da viele Mitarbeiter_innen nicht ganztags arbeiten und auch diese an den Gesundheitszirkeln teilnehmen können sollen.

In der Umsetzungsphase ist die zeitliche Lage der Aktivitäten ebenfalls ein wichtiges Kriterium für Gendergerechtigkeit. Manche Betriebe setzen auch speziell Maßnahmen nur für Frauen oder für Männer um, vor allem auch in der Nachhaltigkeitsphase. Speziell bei medizinischen Themen wie Vorsorgeuntersuchungen oder Vorträgen kommt es häufig vor, dass einzelne Aktivitäten nur für Frauen oder Männer geeignet sind (z. B. Untersuchungen oder Vorträge zu Brustkrebs).

Die genderspezifischen Aktivitäten in allen Phasen sollen im Antrag zum BGF-Gütesiegel im Punkt „Zielgruppenorientierung“ von den Betrieben beschrieben werden. Dort wird auch noch einmal ganz speziell auf die unterschiedliche Beachtung der Gesundheit von Frauen und Männern hingewiesen. Für Betriebe über 50 Mitarbeiter_innen ist dieser Bereich verpflichtend auszufüllen und nahezu alle Betriebe dieser Größenordnung geben auch gender-relevante Aktivitäten an.

Neben den bereits erwähnten Hinweisen und Unterlagen bei den Schulungen für Berater_innen und Gesundheitszirkel-Moderator_innen gibt es auch Hinweise auf genderspezifische Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Angeboten, die im Rahmen der BGF gesetzt werden. So wurde zum Beispiel im BGF-Mindguard von der OÖGKK, ein Programm zur mentalen Stärkung der Mitarbeiter_innen, in den Werbe-Sujets bewusst auf männliche Assoziationen gesetzt, um mehr Männer für dieses Angebot zu begeistern. Trotzdem werden Angebote zu psychosozialen Themen eher von Frauen wahrgenommen.

In Zukunft ist weiter geplant, das Querschnittsthema Gender bei neuen Produkten in der BGF einfließen zu lassen. Speziell das Thema „Nachhaltigkeit“ wird in nächster Zukunft betrachtet und auch hier sollen geschlechtsspezifische Unterschiede Berücksichtigung finden. Von der Salzburger Gebietskrankenkasse wird z. B. in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst ein spezielles BGF-Projekt „men@work“ für Männer angeboten.

Gesundheitsziel 3 „Gesundheit in den Gemeinden fördern“

„Gemeinden können viel zur Gesundheit ihrer BürgerInnen beitragen. Deswegen wird das Netzwerk Gesunde Gemeinde weiterhin besonders die Qualität der kommunalen Gesundheitsförderung unterstützen.“

Gender ist grundsätzlich ein Thema, das in die Arbeit der „Gesunden Gemeinden“ immer mit einfließt.⁴⁸³ Bei der Maßnahmenplanung für den dreijährigen Zertifizierungszeitraum im Qualitätszertifikat setzt sich jede Gemeinde mit den aktuellen Bedürfnissen der Gemeindebevölkerung auseinander und sucht Ziele bzw. Angebote, die dem Bedarf von bestimmten Personengruppen entsprechen. Zusätzlich wird über die Qualitätskriterien der Einsatz von Referent_innen aus Gesundheitsberufen (entsprechend der gesetzlichen Definition⁴⁸⁴) gefordert. Diese berücksichtigen bei Vorträgen, Workshops etc. genderspezifische Aspekte mit. Mittels aktueller Gesundheitsberichte/-daten werden geschlechterspezifische Daten (Ernährungs-/Bewegungs-/Suchtverhalten) laufend in die Ausarbeitungen der Abteilung Gesundheit miteinbezogen. Die Regionalbetreuung ist angehalten, die Genderthematik zu berücksichtigen.

Beispielhaft wird das Pilotprojekt Qualitätszertifikat^{plus} (2016 - 2018) angeführt, bei dem Gemeinden ein dreijähriges Projekt für eine bestimmte Zielgruppe planen. Zwei der dreißig teilnehmenden Gemeinden entschieden sich für die Zielgruppen „Männer“ bzw. „Frauen“. Eine weitere Gemeinde hat die Zielgruppe „Paare“ gewählt. Bei weiteren Zielgruppen (Jugendliche, Senior_innen...) wird vermehrt darauf geachtet beide Geschlechter in gleichem Ausmaß zu erreichen. Die Konzentration auf geschlechterspezifische Unterschiede wird weiter an Bedeutung gewinnen.

Prinzipiell kommen mehr Frauen als Männer zu den Veranstaltungen. Beispielsweise nehmen bei den Stammtischen für Pflegenden Angehörige mehr Frauen als Männer teil. Männer sind schwieriger zu motivieren zu einem Vortrag zu kommen. In den Gemeinden wird häufiger eine gezielte Ansprache geplant und genutzt. So ist der Anteil männlicher Teilnehmer größer, wenn diese „vom eigenen Geschlecht“ angesprochen und eingeladen werden. Im Jahr 2005 wurde beispielsweise der Jahresschwerpunkt zum Thema „Frauen/Männer - anders gesund?“ gesetzt.

⁴⁸³ Die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte im Rahmen der Tätigkeit der Gesunden Gemeinden wurde in einem Interview mit Frau Dagmar Zimmerbauer von der Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich am 17.11.2016 erläutert.

⁴⁸⁴ http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Medizin/Komplementaer_Alternativmedizin/AnbieterInnen/Gesetzlich_geregelte_Gesundheitsberufe

Beim Jahresschwerpunkt 2014/2015 „Oberösterreich isst gesund“ wurde zum Beispiel die „Kochwerkstatt für jederMANN“ angeboten. Die Gemeinden versuchen über spezielle Angebote bestimmte Gruppen anzusprechen (z.B. Angebote für Vereine wie den „Fußballverein“, um junge Männer zu erreichen). Baby-Kind-Angebote finden am Vormittag in Eltern-Kind-Zentren statt und bei Veranstaltungen wird Kinderbetreuung angeboten. Angebote für Familien werden am Wochenende gesetzt, um beide Elternteile zu erreichen. Für Senior_innen werden Treffen von Vereinen genutzt, um insbesondere Männer für ein Gesundheitsthema zu gewinnen.

Gesundheitsziel 4 „Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern“

„Die Ernährungssituation in den ersten Lebensjahren wirkt sich auf die Gesundheit des gesamten späteren Lebens aus. Deswegen soll allen Säuglingen und Kleinkindern die Möglichkeit einer dem Alter entsprechenden, gesundheitsförderlichen Ernährung geboten werden.“

Informationen und bedarfsgerechte Angebote für Eltern zur Ernährung der Kinder⁴⁸⁵

Informationen sowie bedarfsgerechte Angebote hinsichtlich Ernährung der Kinder erhalten Eltern beispielsweise im Rahmen des Programms „Von Anfang an“⁴⁸⁶ der OÖGKK. Die ernährungsspezifischen Angebote für (werdende) Eltern im Rahmen des Programms richten sich grundsätzlich an Väter und Mütter: Zielgruppe für die Workshops „Gesund essen von Anfang an“ sind Schwangere. Die Teilnahme der Partner ist möglich bzw. auch erwünscht, wird aber in den wenigsten Fällen in Anspruch genommen. Auch die Workshops „Babys erstes Löffelchen“ (Beikostworkshop) werden nur selten von den Vätern besucht.

Die Gestaltung des Werbematerials zielt eher auf Frauen ab. Die Zugangswege sind nicht spezifisch auf das Geschlecht fokussiert. Die Angebote werden z.B. in Familiennewslettern, auf der Webseite der OÖGKK sowie auf der Facebook-Seite der OÖGKK beworben. Das Materialpaket des Projekts „Von Anfang an“ wird von den Gynäkolog_innen an die Schwangeren und deren Partner verteilt. Die Workshopleiter_innen sind bemüht, beide Elternteile anzusprechen. Es wird im Rahmen der Veranstaltungen betont, dass das Füttern von Kleinkindern nicht nur Aufgabe der Mütter, sondern auch der Väter ist und dass auch die Männer für die Ernährung der Kleinkinder verantwortlich sind. Es kommt im Rahmen der Workshops allerdings immer wieder klar zum Vorschein, dass Kochen und die Versorgung der Kinder nach wie vor Frauenthemen sind.

⁴⁸⁵ Die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte im Rahmen der Projekte der OÖGKK zum Gesundheitsziel 4 wurde in einem Interview mit Herrn Mag. Wolfgang Laskowski von der Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention der OÖGKK am 21.12.2016 erläutert.

⁴⁸⁶ Neben den Maßnahmen betreffend gesunde Ernährung für Kleinkinder umfasst das Programm „Von Anfang an“ beispielsweise auch die Themenbereiche Partnerschaft, Zahngesundheit oder die Vermeidung von Kinderunfällen. „Gut begleitet von Anfang an! (Frühe Hilfen OÖ)“ - eine gemeinsame Initiative des Landes OÖ und der OÖGKK in Zusammenarbeit mit der Diakonie Zentrum Spattstraße ist ein weiterer Teilbereich des Programms. Es dient der Beratung und Unterstützung von Familien in schwierigen Lebenslagen.

Die Trainer_innen berichten häufig davon, dass die Versorgung der Familie bzw. das Kochen für die Familie von den Frauen als Belastung erlebt wird. Dies spiegelt sich in der Aussage wider: „Ich habe nicht die Zeit zum Kochen, das dauert zu lange.“ Die Perspektive der Männer fehlt, da diese mit den Workshops nicht erreicht werden.

Die Workshops werden derzeit fast ausschließlich von Frauen geleitet, nur ein Mann konnte bis dato als Trainer gewonnen werden. Nach Ansicht des Interviewpartners könnten sich die Inhalte der Workshops sowie die Bereitschaft der Väter zur Teilnahme ändern, wenn die Veranstaltungen vermehrt von Männern geleitet würden. Bei der Planung der Workshops wird auf die Bedürfnisse der Zielgruppen Rücksicht genommen: Die Workshops „Gesund essen von Anfang an“ finden vor allem am Abend, die Workshops „Babys erstes Löffelchen“ vor allem am Vormittag statt. Die Räumlichkeiten werden so gewählt, dass sie gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht werden können (Krankenhäuser, Kundenservicestellen der OÖGKK etc.). Eine Kinderbetreuung während der Veranstaltungen wird nicht angeboten, es besteht allerdings die Möglichkeit die Kinder bzw. auch eine Betreuungsperson mitzunehmen.

Ein neues Angebot der OÖGKK ist „Familienkochen“. Zielgruppe sind sozial schwächere Bevölkerungsgruppen, die über Betreuungseinrichtungen erreicht werden. Ziel ist zu erlernen, für die gesamte Familie zu kochen und die Familie dabei einzubinden. Gestaltet wird das Angebot von einem/r Pädagog_in und einer/m Diätolog_in. Das Projekt befindet sich derzeit in der Startphase und wurde bisher fast ausschließlich von Frauen besucht.

Die Frage, ob zukünftig Maßnahmen im Bereich der genderspezifischen Gesundheitsförderung im Rahmen der genannten Projekte geplant sind, lässt sich nur schwer beantworten. Eine Idee wäre, einen Workshop speziell für Männer anzubieten.

Integration des Themas Ernährung in den Kindergartenalltag

Als Beispiel für die Integration des Themas Ernährung in den Kindergartenalltag werden an dieser Stelle die Erfahrungen aus den „Gesunden Kindergärten“ dargestellt.⁴⁸⁷ Genderspezifische Aspekte beim „Gesunden Kindergarten“ werden berücksichtigt, indem das Thema in den theoretischen Unterlagen aufgegriffen und in der Fortbildung für Kindergärten angesprochen wird. Darüber hinaus wird der Genderaspekt bei der Weiterentwicklung des „Gesunden Kindergartens“ laufend mitgedacht.

Externe Angebote im Rahmen des „Gesunden Kindergartens“ (z.B. Eltern-Kind-Kochen) sprechen beide Geschlechter an, oftmals werden diese Angebote bewusst für Väter angeboten (z.B. Vater-Kind-Kochen), um speziell die Männer anzusprechen. Im Bewerbungsfolder wurden bewusst entgegen der klassischen Rollenbilder eine

⁴⁸⁷ Informationen bzgl. der Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte im Rahmen des Netzwerks „Gesunder Kindergarten“ zum Gesundheitsziel 4 wurden von Frau Mag.^a Claudia Barth von der Abteilung Gesundheit des Landes OÖ am 26. Jänner 2017 eingeholt.

Bürgermeisterin sowie ein Vater gewählt. Die Bildungsarbeit inkl. der Umsetzung der Kriterien des „Gesunden Kindergartens“ liegt bei den Pädagog_innen in den Kinderbetreuungseinrichtungen. Die Geschlechtersensibilität ist ein wichtiges Prinzip des Bildungsrahmenplans (grundlegendes Regelwerk für die Bildungsarbeit in Kinderbetreuungseinrichtungen).⁴⁸⁸

Gesundheitsziel 5 „Zahngesundheit der Kinder verbessern“

„Zahngesundheitsförderung im Kindesalter ist die Grundvoraussetzung für gesunde Zähne ein Leben lang. Deswegen soll sich die Zahngesundheit der oberösterreichischen Kinder wesentlich verbessern.“

Vorweg wird die Datenlage hinsichtlich Unterschiede zwischen Mädchen und Buben im Bereich Zahngesundheit näher betrachtet. In der HBSC-Studie (2014) wird berichtet, dass die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler (77 %) im Alter von 11 bis 17 Jahren angibt, sich mehrmals täglich die Zähne zu putzen. Dies trifft auf Mädchen in allen Altersstufen häufiger zu als auf Buben. Die Länder-Zahnstatushebung (2012) der Zwölfjährigen in Österreich bestätigt das Ergebnis der HBSC-Studie. 79 Prozent der Kinder putzen sich laut Länder-Zahnstatushebung mindestens zweimal täglich die Zähne. Dies trifft auf Mädchen häufiger zu als auf Buben. Aufgrund dieser Daten könnte man daraus schließen, dass Buben eine potenziell höhere Risikogruppe in Bezug auf Karies darstellen als Mädchen. Bezüglich der Karieshäufigkeit ist die Herkunft der Kinder ein wesentlicher Einflussfaktor. Kinder mit Migrationshintergrund sind stärker von Karies betroffen als Kinder ohne Migrationshintergrund. Die Unterschiede bezüglich der sozialen Herkunft sind signifikant.

Proges (ehemals PGA, Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit) ist im Bereich der Zahngesundheit flächendeckend in den Kindergärten und Volksschulen in Oberösterreich tätig.⁴⁸⁹ Genderspezifische Maßnahmen im Bereich Zahngesundheit in Kindergärten/Volksschulen werden als sinnvoll erachtet. Genderspezifische Angebote im Bereich Zahngesundheitsförderung gibt es derzeit allerdings nicht. Da es sich um ein stundenmäßig begrenztes externes aufsuchendes Programm in den Kindergärten und Schulen handelt, ist es nicht möglich genderspezifische Aspekte vor Ort im Kindergarten/in der Volksschule zu berücksichtigen. Aus Sicht des Proges ist es wünschenswert, zusätzlich in Präventionsangebote zu Zahngesundheit im

Hinblick auf genderspezifische Merkmale wie Geschlecht, soziale Herkunft und Migrationserfahrung zu investieren.

Die Inhalte der Zahngesundheitsförderungsangebote werden interaktiv und altersgerecht für Kinder gestaltet: Spiel mit Handpuppen, begreifbar machen durch basteln, malen, etc. Zudem sind die Materialien gendergerecht gestaltet. So wird bei Darstellungen darauf geachtet, dass beide Elternteile, Mädchen und Buben sowie Zahnärzte und Zahnärztinnen abgebildet sind. Zudem werden Menschen mit unterschiedlicher Hautfarbe dargestellt.

Aus knapp drei Jahrzehnten Arbeit mit Kindern im Alter von 3 bis 10 Jahren lassen sich unterschiedliche Geschlechterunterschiede beobachten, die jedoch nicht wissenschaftlich belegt und daher zurückhaltend zu bewerten sind: Es wurde die Erfahrung gemacht, dass Mädchen sensibler auf Zahnhygiene und Mundpflege reagieren. Die Ästhetik hat bei den Mädchen früher Priorität als bei den Buben. Zudem wurde beobachtet, dass die feinmotorischen Fähigkeiten, die zum Zähneputzen nötig sind, bei Mädchen besser ausgeprägt sind als bei Buben. Außerdem fällt auf, dass Mädchen sich bei den Zahngesundheitseinheiten länger konzentrieren können als Buben. Die Kinder erhalten bei den Zahngesundheitseinheiten Zahnbürsten. Hier wird darauf geachtet, dass diese auch farbneutral sind.

Die Elternarbeit ist ein zentraler Bestandteil der Zahngesundheit, da die Eltern eine Vorbildwirkung haben. Es gibt Informationsangebote und -materialien für Eltern zum Thema Zahngesundheit. Mütter besuchen die Veranstaltungen häufiger als Väter. Dies ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass die Termine teilweise auch am Vormittag stattfinden und aufgrund der gesellschaftlichen Gegebenheiten rund um Kind und Beruf die Mütter eher das Angebot besuchen können. Allerdings ist auch zu beobachten, dass die Anzahl interessierter Väter zunimmt. Zudem wurde die Erfahrung gemacht, dass Eltern mit höherem sozioökonomischem Status häufiger an den Veranstaltungen teilnehmen als Eltern mit niedrigerem sozioökonomischem Status. Bezüglich der Risikogruppenbetreuung sind die sozioökonomischen Nachteile speziell zu berücksichtigen.

Bezüglich der Genderaspekte hinsichtlich Zahngesundheit gibt es unterschiedliche Blickwinkel. Folgend werden Erfahrungen aus dem Dentalzentrum für Kinder und Jugendliche (KIDZ) dargestellt.⁴⁹⁰ Im KIDZ werden Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 15 Jahren betreut. Die Patient_innen werden sowohl von Müttern, Vätern, Großmüttern und Großvätern zur Zahnbehandlung begleitet. Es sind aber keine belegbaren genderbezogenen Aussagen über erhöhtes Kariesrisiko, erhöhte Bereitschaft zur Mundhygiene oder erhöhte Compliance bei der Zahnbehandlung möglich. Dies anhand von Patientendaten auszuwerten wäre sicher interessant. Die Daten der Kinder, die einen Zahnpass (erhöhtes Kariesrisiko) erhalten, würden sich da anbieten.

⁴⁸⁸ Auszug aus dem Bildungsrahmenplan (Bundesländerübergreifender Bildungsrahmenplan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich; Eigentümer und Herausgeber: Ämter der Landesregierungen der österreichischen Bundesländer, Magistrat der Stadt Wien, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Charlotte Bühler Institut August 2009, Seite 4); Geschlechtersensibilität: Abhängig von ihrer individuellen Sozialisation verfügen Kinder über unterschiedliche Erfahrungen und Vorstellungen zu Geschlechterrollen. Ziel einer geschlechtersensiblen Pädagogik ist es, Mädchen und Buben unabhängig von ihrem Geschlecht darin zu unterstützen, unterschiedliche Potenziale ihrer Persönlichkeit zu entfalten.

⁴⁸⁹ Die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte im Rahmen der Tätigkeit des Proges (ehemals PGA) im Bereich Zahngesundheit wurde in einem Telefoninterview mit Frau Mag.a Martha Scholz-Resch (Geschäftsfeldleitung Prävention, Fachleitung Frauengesundheit) am 20.01.2017 erläutert.

⁴⁹⁰ Stellungnahme von Frau Prim.ª Dr.ª Monika Felhofer, Ärztliche Leitung Dentalzentrum für Kinder und Jugendliche - KIDZ

Gesundheitsziel 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“
„Körperliche Aktivität in Alltag und Freizeit hat großen Einfluss auf physische und psychische Gesundheit. Deswegen soll sich das Ausmaß an körperlicher Aktivität bei Jugendlichen erhöhen.“

Im Rahmen der Umsetzung des OÖ Gesundheitsziels 6 wurde das Institut für Gesundheitsplanung vom Land OÖ (Abt. Gesundheit) und der OÖGKK mit dem Konzeptionsprojekt Bewegung beauftragt. Ziel war die Ausarbeitung einer Strategie zur Steigerung der Bewegung der Oberösterreicher_innen unter Berücksichtigung von Verhaltens- und Verhältnisebene und dem speziellen Fokus auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche.

Die Genderthematik fließt beispielsweise in die Empfehlung einer zielgruppengerechten Gestaltung von Sport- und Bewegungsstätten mit ein.⁴⁹¹ In diesem Zusammenhang wird auf die gendersensible Planung und Gestaltung hingewiesen, die im Nationalen Aktionsplan Bewegung im Ziel 16, Teilziel 4 (Den Bewegungsaspekt bei der Objektplanung aller Gebäude- und Anlageformen berücksichtigen, Teilziel: Sportstätten baulich und organisatorisch vermehrt als gesundheitsfördernde Bewegungsareale für alle Personen und Personengruppen anlegen) niedergeschrieben ist.⁴⁹²

Im Bericht zum Konzeptionsprojekt Bewegung wird beispielsweise auf das Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“ hingewiesen, bei dem Bewegung ein Teilbereich ist. Ein Qualitätskriterium stellt die Berücksichtigung von Bedürfnissen unterschiedlicher Gruppen wie beispielsweise Buben und Mädchen dar.^{493,494} (siehe Gesundheitsziel 1 „Wohlbefinden in der Schule erhöhen“)

Zudem wird im Bericht zum Konzeptionsprojekt Bewegung der Genderaspekt zum Beispiel beim Pilotprojekt „Neue Nachmittagsbetreuung an Linzer Pflichtschulen“ (Semester 2012/13) hervorgehoben. Hierbei wird erwähnt, dass ein Schwerpunkt auf speziellen Sportangeboten für Mädchen liegt und somit dem Ziel des Sportentwicklungsplanes Linz 2.0 entsprochen wird, unter anderem Mädchen verstärkt für Sport zu motivieren.^{495,496}

Gesundheitsziel 7 „Suchtprävention verstärken“
„Wirksame Suchtprävention setzt auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und ist integriert in den Alltag. Sie wirkt sich auf einen verminderten Konsum von legalen (Alkohol und Tabak) und illegalen Drogen sowie auf die Verringerung von Verhaltenssüchten aus. Deswegen soll die Suchtprävention in Oberösterreich verstärkt werden.“

Nach wie vor konsumieren mehr Männer als Frauen Alkohol und Nikotin, auch wenn die Unterschiede etwas geringer sind als in der Vergangenheit (siehe dazu im Kapitel gesundheitsrelevante Verhaltensweisen). Das OÖ Gesundheitsziel Nr. 7 „Suchtprävention verstärken“ bezieht sich vorrangig auf Jugendliche und hat drei Messgrößen:

- „Bis 2020 wird die Anzahl der mit suchtpreventiven Maßnahmen erreichten OberösterreicherInnen von derzeit rund 80.000 auf 150.000 jährlich gesteigert.“
- Bis 2020 wird die Anzahl der mit alkoholspezifischen Präventionsmaßnahmen erreichten oberösterreichischen Jugendlichen zwischen 13 und 18 Jahren von derzeit rund 3.000 auf 5.000 jährlich gesteigert.
- Bis 2020 wird der Anteil der oberösterreichischen 15- bis 19-Jährigen, die täglich rauchen, von derzeit rund 35 Prozent auf höchstens 20 Prozent gesenkt.“

Wirksame Suchtprävention ist integriert in den Alltag und bildet Personen, die in relevanten Lebensumfeldern tätig sind (z.B. Lehrer_innen, Jugendarbeiter_innen, Schlüsselpersonen in Betrieben, Ehrenamtliche in Gemeinden), zu Multiplikator_innen aus. Dies sind Personen, die einerseits Kompetenzen im Bereich Suchtprävention besitzen und andererseits die Funktion der Anwaltschaft in ihren jeweiligen Wirkungsbereichen übernehmen können und somit die Präventionsthemen in alle relevanten gesellschaftlichen Felder hineinragen und umsetzen. Die Umsetzung geschieht sowohl explizit im Rahmen von Präventionsprojekten und -programmen als auch implizit in der alltäglichen Praxis.⁴⁹⁷ Gerade die erste Messgröße setzt auf die Arbeit von Multiplikator_innen. Das Institut für Gesundheitsplanung führte bereits zwei Online-Erhebungen unter Multiplikator_innen durch, deren genderrelevante Ergebnisse hier kurz skizziert werden:⁴⁹⁸

Zwei Drittel der aktiven Multiplikator_innen sind weiblich. Von jenen Befragten, die innerhalb der letzten 12 Monate suchtpreventiv aktiv waren, übt ein Großteil dies im Rahmen des Berufes aus. Gut ein Viertel tut dies in der Freizeit/ehrenamtlich, ein Fünftel im Rahmen einer Nebentätigkeit und sieben Prozent als SchülerIn. Einzig im Rahmen einer Nebentätigkeit gibt es geschlechterspezifische Unterschiede in der Form, dass Männer dies häufiger angeben als Frauen.

⁴⁹¹ Ecker-Glasner et al., 2014, S. 27-28

⁴⁹² Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport April 2013, S. 42

⁴⁹³ Folder Gütesiegel „Gesunde Schule OÖ“

⁴⁹⁴ Ecker-Glasner et al., 2014, S. 83-84

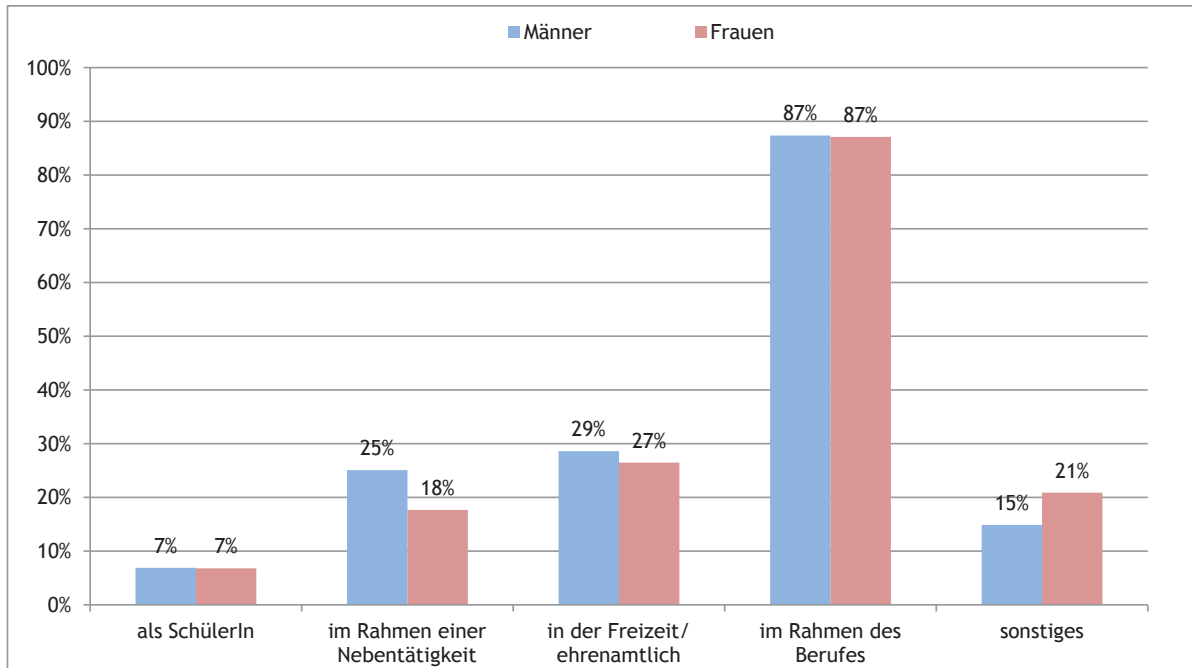
⁴⁹⁵ Magistrat Linz, 2012

⁴⁹⁶ Ecker-Glasner et al., 2014, S. 97

⁴⁹⁷ Institut für Gesundheitsplanung: Mehr Gesundheit für Oberösterreich. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020; abrufbar unter: <https://www.gesundheitsplanung.at/download-dokumente/gesamtdokument-gesundheitsziele-bis-2020/>

⁴⁹⁸ Institut für Gesundheitsplanung: Gesundheit kompakt berichtet 2/2016: MultiplikatorInnen in der Suchtprävention in Oberösterreich. Ergebnisse einer Online-Befragung im Zuge des Monitorings des Gesundheitsziels 7, online verfügbar unter:

Abbildung 139: Ausübung der suchtpreventiven Tätigkeit nach Geschlecht in Oberösterreich

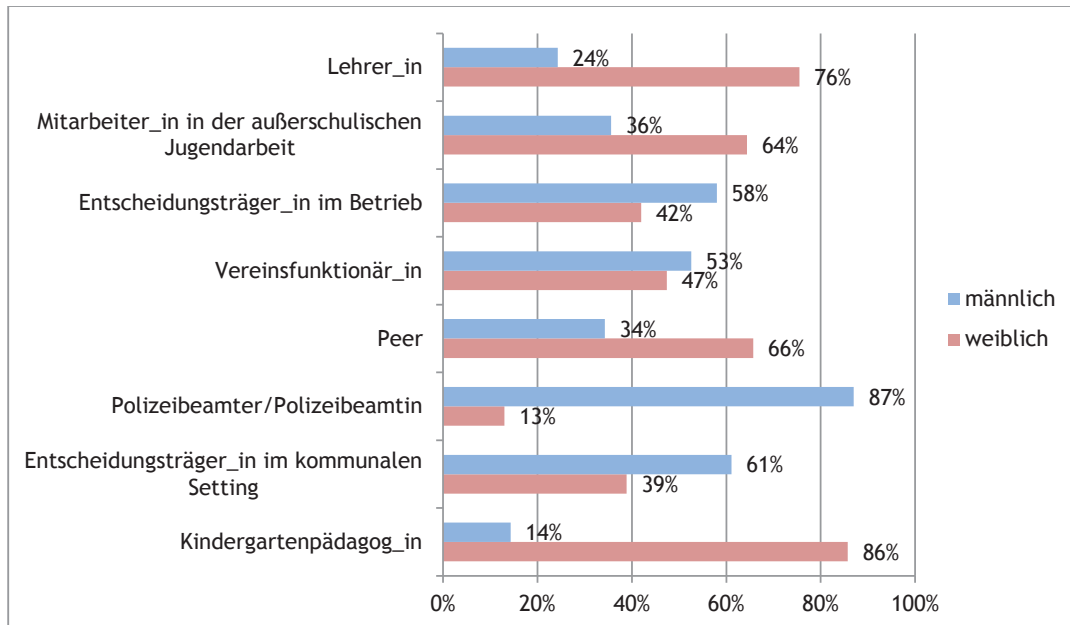


n=514; Mehrfachantworten möglich; nur Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate suchtpreventiv aktiv waren; Frage: „In welcher Form haben Sie Ihre suchtpreventive Tätigkeit innerhalb der letzten 12 Monate ausgeübt?“

Von jenen Befragten, die innerhalb der letzten 12 Monate suchtpreventiv aktiv waren, ordnen sich fast die Hälfte der Gruppe „Lehrer_in“ zu, 17 Prozent geben „Mitarbeiter_in in der außerschulischen Jugendarbeit“ an und 13 Prozent „Entscheidungsträger_in im Betrieb“. Betrachtet man die Einteilung der Multiplikator_innen nach Geschlecht, ergibt es folgendes Bild: Die Bereiche, in denen der Frauenanteil bei den suchtpreventiv tätigen Multiplikator_innen höher ist, sind Lehrer_innen, Mitarbeiter_in-

nen in der außerschulischen Jugendarbeit, Peers und Kindergartenpädagog_innen. Ein klar höherer Männeranteil ergibt sich bei den suchtpreventiv tätigen Entscheidungsträger_innen im Betrieb, Polizeibeamt_innen und bei den Entscheidungsträger_innen im kommunalen Setting. In etwa gleich ist die Geschlechteraufteilung bei den suchtpreventiv tätigen Vereinsfunktionär_innen.

Abbildung 140: Hintergrund der aktiven Multiplikator_innen nach Geschlecht in Oberösterreich



n=514; Mehrfachantworten möglich; nur Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate suchtpräventiv aktiv waren; Frage: „Welcher bzw. welchen Gruppen ordnen Sie sich zu?“

Bei den alkoholspezifischen Maßnahmen des Instituts Suchtprävention zur Erreichung der zweiten Messgröße des Gesundheitszieles werden, abgesehen von den allgemeinen Kriterien der geschlechtergerechten Gesundheitsförderung bzw. Prävention, keine genderspezifischen Angaben zu diesen Angeboten gemacht.

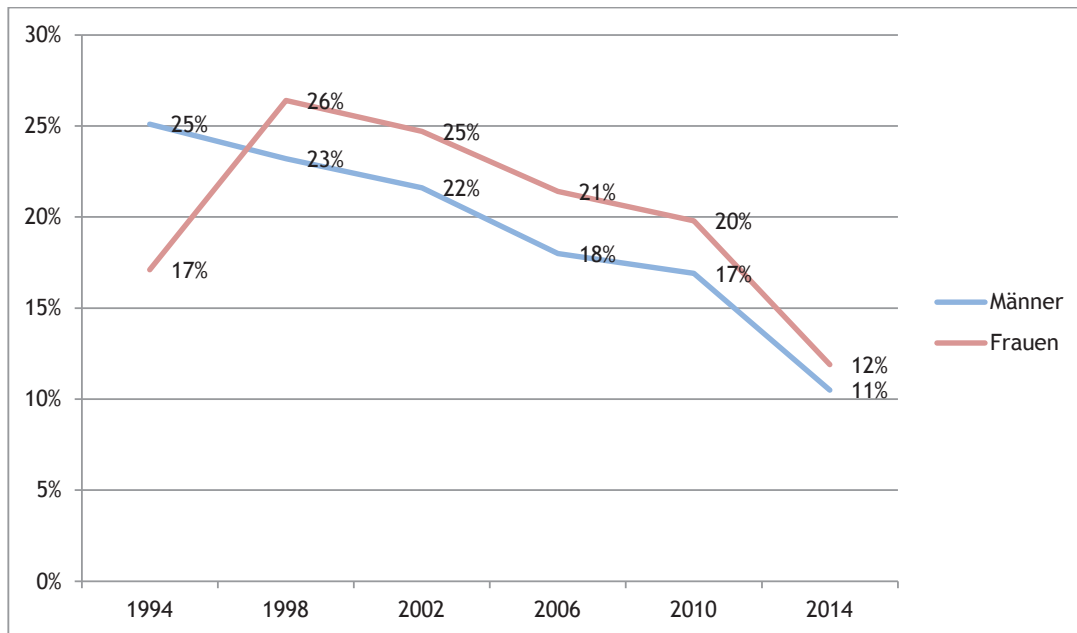
Für die dritte Messgröße des Gesundheitszieles ist festzuhalten, dass sich der Tabakkonsum jugendlicher Schüler_innen in den letzten zwanzig Jahren geändert hat.

Während Anfang der 90er Jahre in der HBSC-Studie⁴⁹⁹ noch mehr Burschen als Mädchen angegeben haben, dass sie rauchen, ist dies seit dem Ende der 90er Jahre umgekehrt. Der Tabakkonsum bei den Jugendlichen dürfte um die Jahrtausendwende den höchsten Wert erreicht haben und geht danach ständig zurück. Es macht aktuell den Eindruck, dass sich die Unterschiede im Rauchverhalten verringern.⁵⁰⁰

⁴⁹⁹ Die 1982 entwickelte „Health Behaviour in School-aged Children Study“ (HBSC-Studie) ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, die in enger Kooperation mit dem Europabüro der WHO von einem multidisziplinären Netzwerk von Forscherinnen und Forschern realisiert wird. Seit 1986 findet die Erhebung im Vierjahresrhythmus statt. 42 europäische Länder und Regionen, aber auch Israel und Kanada sind daran beteiligt.

⁵⁰⁰ Felder-Puig, Rosemarie MSc: Tabakkonsum österreichischer Jugendlicher - Daten aus der HBSC-Studie; online verfügbar unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/studiendaten_hbsc_2014.pdf

Abbildung 141: Anteil Schüler_innen im Alter von 11 bis 15 Jahren, die angeben zu rauchen nach Geschlecht in Österreich



Quelle: Felder-Puig: Tabakkonsum österreichischer Jugendlicher - Daten aus der HBSC-Studie; online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/10/CH1444/CMS1427118828092/studiendaten_hbsc_2014.pdf

Die Motivation für das Rauchen weist geschlechterspezifisch unterschiedliche Gründe auf. Eine Studie in Deutschland zu diesem Thema ergibt, dass Mädchen eher für eine bessere Stimmung und um das Gewicht zu halten, rauchen, während Buben öfter angeben, dass sie rauchen, um nicht nervös zu werden.⁵⁰¹

Zur Umsetzung dieser Messgröße im Gesundheitsziel wurde vom Institut für Gesundheitsplanung ein Arbeitskreis organisiert, der folgende Handlungsempfehlungen vorschlägt:

1. Suchtprävention in Schulen ausweiten
2. Sportvereine zu Verbündeten machen
3. „Übers Rauchen reden“ - Familien unterstützen
4. Unterstützung von Schulärzt_innen - „Übers Rauchen reden“ für 12- bis 14-Jährige
5. „Workshop Nikotin“ in Polytechnischen Schulen
6. Rauchfreie Umwelt für Kinder
7. Rauchfreie Betriebe
8. Gastronomie ausnahmslos rauchfrei
9. Tabaksteuer erhöhen
10. Zigarettensautomaten abschaffen

Aus genderspezifischer Sicht scheinen die Handlungsempfehlungen zwei und sieben besonders interessant:

Eine auf die Stärkung der Lebenskompetenzen fokussierte Suchtprävention erfordert eine breit gefächerte Mitarbeit und Unterstützung in den verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen und engagierte Kooperationspartner. Sportvereine nehmen dabei einen besonderen Stellenwert ein, da sie durch ihre außerschulischen Freizeitangebote eine Vielzahl junger Menschen erreichen. Sie stellen neben Elternhaus und Schule ein wichtiges Feld dar, in dem Kinder und Jugendliche die verschiedensten Fähigkeiten lernen und ausprobieren können.

In Oberösterreich gibt es beispielsweise bereits das Projekt „Vereinscoaching“ des oberösterreichischen Fußballverbands (ÖÖFV). Im Rahmen dieses Projekts wird mit den Kooperationspartnern ÖÖGKK und Institut Suchtprävention Gesundheit, Gesundheitsförderung und Suchtprävention zum Thema gemacht. Abseits des Fußballbereichs gibt es jedoch bislang noch keinen vergleichbaren Zugang zu Sportvereinen - weder über die Dachverbände noch über andere Sportfachverbände.⁵⁰² Es sollte überlegt werden, ob eine ähnliche Zusammenarbeit auch mit Fachverbänden möglich ist, die eher weiblich dominierte Sportarten anbieten wie z.B. Volleyball.

Menschen halten sich einen großen Teil ihrer Lebenszeit in Arbeitsräumen auf. Deswegen ist die Forderung nach rauchfreien Betrieben in die Handlungsempfehlungen

⁵⁰¹ Morgenstern, Wiborg, Hanwinkel: Rauchen im Jugendalter, 2007

⁵⁰² Institut für Gesundheitsplanung: Abschlussbericht des Gesundheitszieles 7

aufgenommen worden. Die Gesundheitsumfrage der Stadt Wels hat ergeben, dass dort 23 Prozent der Männer und 13 Prozent der Frauen an Arbeitsplätzen tätig sind, an denen geraucht wird, bei weiteren 13 (Männer) bzw. 8 (Frauen) Prozent wird in Ausnahmefällen geraucht. Dieser Umstand sollte in dieser Handlungsempfehlung näher berücksichtigt werden. Es ist auch davon auszugehen, dass es sich dabei teilweise um unterschiedliche Arbeitsplätze handelt (z.B. Gastronomie oder Lagerhallen).

Gesundheitsziel 8 „Psychosoziale Gesundheit junger Menschen stärken“

„Um mit den Herausforderungen des täglichen Lebens umgehen zu können, müssen die dafür nötigen Ressourcen bereits im Jugendlichenalter aufgebaut werden. Deswegen sollen junge Menschen dabei unterstützt werden, um nachhaltig diesen Herausforderungen gewachsen zu sein. Der Schwerpunkt soll auf gesundheitlich benachteiligten Gruppen liegen.“

Genderspezifische Aspekte im Jugendlichenalter sind im Kapitel 5.1. „Kinder- und Jugendgesundheit aus der Genderperspektive“ zu finden.

Gesundheitsziel 9 „Ältere Menschen aktiv einbeziehen“

„Eine aktive Beteiligung am gesellschaftlichen Leben schützt ältere Menschen vor Vereinsamung, verbessert die Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Deswegen soll die aktive Beteiligung von älteren Menschen am gesellschaftlichen Leben gefördert werden.“

Genderspezifische Aspekte im Senior_innenalter sind im Kapitel 5.2. „Senior_innengesundheit aus der Genderperspektive“ zu finden.

Gesundheitsziel 10 „Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen“

„Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zu Gesundheit bei. Deswegen soll die Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen im Sinne der Gesundheit verbessert werden.“

Die Gesundheit der Bevölkerung hängt wesentlich von der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Rahmenbedingungen ab. Dazu gehören wirtschaftliche und kulturelle Einflussfaktoren, Umwelt, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung und persönliche Lebensweisen der Menschen.⁵⁰³ Zudem tragen intersektorale Investitionen in die Gesundheit langfristig zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung eines Landes bei, da die Gesundheit der Bevölkerung eine wesentliche Voraussetzung für ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum darstellt.⁵⁰⁴ Aus diesem Grund wird im Rahmen des Gesundheitszieles 10 eine Intensivierung der Zusammenarbeit verschiedener Gesellschafts- und Politikbereiche (z.B. Soziales, Bildung, Umwelt, Arbeitsmarkt, Verkehr, Wirtschaft etc.) zur Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen angestrebt.

Ein Zugang zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit besteht darin, dass der Gesundheitssektor Akteur_innen und Expert_innen anderer Bereiche gezielt in die Erarbeitung und Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit einbezieht (z.B. im Rahmen der Tabakprävention, der betrieblichen und schulischen Gesundheitsförderung etc.). In diesem Zusammenhang sind zweifelsohne genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen, die jedoch themenspezifisch variieren (z.B. die geschlechtsspezifische Zusammensetzung der Zielgruppe).

⁵⁰³ Amegah et al. 2013, S. 4

⁵⁰⁴ Gesundheit Österreich GmbH 2017a

Factbox

- Gender Mainstreaming soll in allen Phasen des Public Health Action Cycle (Problemdefinition, Strategieformulierung, Implementation/Umsetzung, Bewertung/Evaluation) Anwendung finden, um gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern zu erreichen.
- Gesundheitsziel 1 „Wohlbefinden in der Schule erhöhen“: Genderspezifische Aspekte werden im Antrag zum Gütesiegel „Gesunde Schule Oberösterreich“ unter der Rubrik „Besondere Bedürfnisse“ abgefragt, wobei speziell auf die unterschiedlichen Bedürfnisse von Jungen und Mädchen hingewiesen wird. Ungefähr zwei Drittel der Schulen verweisen an diesem Punkt auf genderspezifische Aktivitäten.
- Gesundheitsziel 2 „Arbeitsplätze gesünder gestalten“: Die genderspezifischen Aktivitäten in allen Phasen sollen im Antrag zum BGF-Gütesiegel im Punkt „Zielgruppenorientierung“ von den Betrieben beschrieben werden. Für Betriebe über 50 Mitarbeiter_innen ist dieser Bereich verpflichtend auszufüllen. Nahezu alle Betriebe dieser Größenordnung geben gender-relevante Aktivitäten an.
- Gesundheitsziel 3 „Gesundheit in den Gemeinden fördern“: Bei der Maßnahmenplanung im Qualitätszertifikat sucht jede Gemeinde Ziele bzw. Angebote, die dem Bedarf von bestimmten Personengruppen entsprechen. Referent_innen aus Gesundheitsberufen sowie Regionalbetreuer_innen berücksichtigen genderspezifische Aspekte. Geschlechterspezifische Daten aus Gesundheitsberichten werden miteinbezogen.
- Gesundheitsziel 4 „Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder verbessern“: Eltern erhalten im Rahmen des Projekts „Von Anfang an“ Informationen sowie bedarfsgerechte Angebote hinsichtlich Ernährung der Kinder. Die Teilnahme der Partner bei Workshops wird in den wenigsten Fällen in Anspruch genommen. Genderspezifische Aspekte beim „Gesunden Kindergarten“ werden in den theoretischen Unterlagen und in der Fortbildung für Kindergärten berücksichtigt.
- Gesundheitsziel 5 „Zahngesundheit der Kinder verbessern“: Bezüglich der Genderaspekte hinsichtlich Zahngesundheit gibt es unterschiedliche Blickwinkel. Die Datenlage zeigt auf, dass sich Mädchen geringfügig häufiger die Zähne putzen als Buben. Aus zahnärztlicher Sicht sind keine belegbaren genderbezogenen Aussagen über erhöhtes Kariesrisiko, erhöhte Bereitschaft zur Mundhygiene oder erhöhte Compliance bei der Zahnbehandlung möglich.
- Gesundheitsziel 6 „Bewegung im Jugendalter erhöhen“: Im Rahmen der Umsetzung des OÖ Gesundheitsziels 6 wurde das Institut für Gesundheitsplanung vom Land OÖ (Abt. Gesundheit) und der OÖGKK mit dem Konzeptionsprojekt Bewegung beauftragt. Ziel war die Ausarbeitung einer Strategie zur Steigerung der Bewegung der Oberösterreicher_innen unter Berücksichtigung von Verhaltens- und Verhältnisebene und dem speziellen Fokus auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Die Genderthematik floss in die Empfehlungen mit ein (z.B. zielgruppengerechte Gestaltung von Sport- und Bewegungsstätten).
- Gesundheitsziel 7 „Suchtprävention verstärken“: Zwei Drittel der aktiven Multiplikator_innen im Bereich Suchtprävention sind weiblich. Bei den alkoholspezifischen Maßnahmen des Instituts Suchtprävention werden, abgesehen von den allgemeinen Kriterien der geschlechtergerechten Gesundheitsförderung bzw. Prävention, keine genderspezifischen Angaben zu diesen Angeboten gemacht. Der Tabakkonsum jugendlicher Schüler_innen hat sich in den letzten zwanzig Jahren geändert. Während Anfang der 90er Jahre noch mehr Burschen als Mädchen angegeben haben, dass sie rauchen, ist dies seit dem Ende der 90er Jahre umgekehrt.
- Gesundheitsziel 10 „Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen“: Ein Zugang zur Förderung der intersektoralen Zusammenarbeit besteht darin, dass der Gesundheitssektor Akteur_innen und Expert_innen anderer Bereiche in die Erarbeitung und Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit einbezieht. In diesem Zusammenhang sind genderspezifische Aspekte zu berücksichtigen.

5.4. Gendergerechte Kommunikation

5.4.1. Genderspezifische Aspekte in der Kommunikation zwischen Ärzt_innen und ihren Patient_innen

Folgend werden die Ergebnisse einer Studie zur Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation näher betrachtet. Insgesamt beteiligten sich 150 Medizinstudent_innen der Medizinischen Universität Wien sowie 51 Ärzt_innen eines allgemeinen Krankenhauses an der Befragung. Die Bedeutung des Geschlechts auf die Einstellung zur Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation von Medizinstudent_innen und Ärzt_innen wurde untersucht. Die Studie kam zu folgenden Erkenntnissen: Ärztinnen und Studentinnen tendieren dazu, die Kommunikation mit den Patient_innen mit positiven Attributen wie „hilfsbereit“, „sentimental“, „reddegewandt“, „gesellig“, „sanft“, „gewinnend“ und „friedlich“ zu beschreiben. Auf der anderen Seite beschreiben männliche Studenten und Ärzte die Kommunikation als „herrisch“, „robust“ und „gehemmt“.⁵⁰⁵

Die häufigsten Assoziationen, die Ärztinnen mit dem Begriff „Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation“ hatten, waren „Empathie“, „Vertrauen“ und „Offenheit“, während die häufigste Assoziation von männlichen Kollegen „Krankengeschichte“ war. Ärztinnen berichteten signifikant öfter, über die psychosoziale Situation des/der Patient_in zu sprechen und glaubten an eine höhere Zufriedenheit des/der Patient_in, wenn mehr Information ausgetauscht wird.⁵⁰⁶

Außerdem berichteten Ärztinnen über längere Gespräche bei gleichberechtigter Gesprächspartnerschaftlichkeit als ihre männlichen Kollegen. Verglichen mit männlichen Studenten waren Studentinnen öfter bereit, an Kursen zum Training ihrer Kommunikationsfähigkeiten teilzunehmen und sie hatten mehr Interesse an Forschungen über die „Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation“. Männliche Medizinstudenten berichteten über Selbstzweifel während der Gespräche mit weiblichen Patientinnen. Ein Drittel der Ärzte berichtet davon, Macht über den/die Patient_in zu fühlen. Dies könnte als eine Strategie gesehen werden, die Gefühle von Selbstzweifel zu bewältigen. Alle befragten Ärztinnen hingegen verneinten die Frage, ob sie Macht über den/die Patient_in spüren. Diese Studie weist auf einen geschlechtsspezifischen Kommunikationsstil hin, der von Stereotypen beeinflusst wird. Bei Kommunikationsseminaren sollten diese Unterschiede berücksichtigt werden, um speziell die männlichen Kommunikationsfähigkeiten zu verbessern.⁵⁰⁷

5.4.2. Genderspezifische Kommunikationsaspekte in der Gesundheitsförderung

Das Thema spielt eine wichtige Rolle dabei, ob Gesundheitskampagnen unter einer Geschlechterperspektive gestaltet werden sollten. Beim Tabakkonsum macht es beispielsweise durchaus Sinn, gewisse Maßnahmen geschlechtersensibel zu gestalten. Dies können zum Beispiel Infobroschüren sein, die die wichtigsten Unterschiede im weiblichen und männlichen Tabakkonsum behandeln. So ist beispielsweise Frauen besonders der Aspekt des Rauchens in der Schwangerschaft wichtig. Zudem ist auch das Wissen über die unterschiedlichen Motivationen zum Raucheinstieg und -ausstieg wesentlich. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, bestehende Stereotypen und Rollenbilder nicht aufzugreifen und zu verstärken. Dazu ist eine besondere Sensibilität der Kampagnenverantwortlichen, das richtige Verständnis und die korrekte Verwendung der Begriffe „Geschlecht“ und „Gender“ sowie ein genaues Pretesting von Botschaften durch die Zielgruppe nötig. Wichtig ist, dass Kampagnen auf Basis von Studienergebnissen und wissenschaftlichen Theorien aufbauen. Zudem sind Monitoring und Evaluation wichtig, damit auf Hindernisse und Probleme wie Stereotypenbildung sofort reagiert werden kann.⁵⁰⁸

Folgend wird ein Praxisbeispiel für genderspezifische Kommunikation in der Gesundheitsförderung aus Österreich und ein Praxisbeispiel aus Deutschland näher beschrieben. Es handelt sich dabei um das Institut für Frauen- und Männergesundheit, (Österreich) sowie das Frauengesundheitsportal und das Männergesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Deutschland).

Das Institut für Frauen- und Männergesundheit (Wien) besteht aus dem Frauengesundheitszentren FEM und FEM Süd sowie dem Männergesundheitszentrum MEN. Das Kompetenzzentrum für gendergerechte Gesundheitsförderung im Setting Krankenhaus hat Vorbildfunktion für Initiativen und Einrichtungen im Gesundheitsbereich. Die Zentren sind Servicestellen für rasche, kompetente, kritische und geschlechtsspezifische Gesundheitsinformation und Beratung und bieten eine Orientierungshilfe im Medizinsystem.⁵⁰⁹

www.men-center.at

Das Männergesundheitszentrum MEN bietet persönliche Beratung, Fortbildungen, Jugendworkshops, Gruppenangebote und gesundheitsfördernde Projekte in mehreren Sprachen speziell für sozial benachteiligte Männer an.⁵¹⁰

⁵⁰⁵ Löffler-Stastka et al., 2016

⁵⁰⁶ Löffler-Stastka et al., 2016

⁵⁰⁷ Löffler-Stastka et al., 2016

⁵⁰⁸ Kastner, 2012, S. 34-35

⁵⁰⁹ Institut für Frauen- und Männergesundheit, o.J.

⁵¹⁰ MännerGesundheitsZentrum MEN, 2013

Auf der Website wird auf folgende Angebote hingewiesen:

- psychologische Beratung
- Unterstützung um gesundheitliche Risiken beim Lebensstil zu verringern (Ernährung, Bewegung)
- Angebote zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung
- Fragen zu Sexualität oder Verhütung
- Unterstützung bei Anliegen rund ums Vater-Sein
- Unterstützung in Beziehungsangelegenheiten
- Austausch mit anderen Männern
- Unterstützung bei Schwierigkeiten im Berufsleben
- Fortbildung zu Männer(gesundheits)themen
- Unterstützung bei der Gesundheitsförderung für männliche Zielgruppen in der Einrichtung/im Betrieb

<http://www.fem.at/FEM/fem.htm>

Das Frauengesundheitszentrum FEM ist ein Gesundheitszentrum für Frauen, Eltern und Mädchen. Die Anlaufstelle bietet Unterstützung und Beratung bei einer Vielzahl von Fragen und Problemen, die die körperliche und seelische Gesundheit betreffen. FEM bietet beispielsweise Unterstützung während Schwangerschaft und Geburt sowie bei Schwierigkeiten bei der Erziehung.⁵¹¹

Auf der Website wird auf folgende Angebote hingewiesen:

- Rat und Informationen bei spezifischen Frauenproblemen
- Ernährung oder Essverhalten
- Fragen zur Partnerschaft
- Informationen und Unterstützung während Schwangerschaft und Geburt
- Fragen zum Thema Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch
- Unterstützung bei einer schwierigen Operationsentscheidung
- Fragen bezüglich Erziehung oder Elternrolle
- Unterstützung bei seelischen Problemen oder Schwierigkeiten

www.frauengesundheitsportal.de

Das Frauengesundheitsportal bietet fachlich geprüfte frauenspezifische Gesundheitsinformationen zu Themenbereichen wie Bewegung, Ernährung, Alkohol, Rauchen, Herz-Kreislaufkrankungen, Brustkrebs, Osteoporose, Wechseljahre, psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen, gesund älter werden.⁵¹²

Zentrales Element des Frauengesundheitsportals ist die Datenbank, die thematisch strukturierte und fachlich geprüfte Informationen mit zahlreichen direkten Links anbietet. Aktuelle Meldungen und Terminhinweise ergänzen das Angebot. So bietet die Datenbank des Frauengesundheitsportals beispielsweise mit der Bereitstellung von geschlechtervergleichenden und frauenspezifischen Fachinformationen zum Thema „Ernährung“ einen wichtigen Schritt in Richtung Gender-Analysen. Thematisiert werden zum Beispiel gesundheitsorientierte Ernährung,

kontrolliertes Ernährungsverhalten, Schlankheits- und Schönheitsideal sowie Diäten und Essstörungen.⁵¹³

www.maennergesundheitsportal.de

Im Männergesundheitsportal sind fachlich geprüfte mänderspezifische Gesundheitsinformationen, Tipps und Anregungen wie beispielsweise zu folgenden Themen zu finden: Sport/Bewegung und Fitness, gesunde Ernährung, Alkohol, Rauchen, psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen, u.a. Depression, Früherkennungsuntersuchungen.⁵¹⁴

Das Männergesundheitsportal wurde analog zu dem bereits etablierten Frauengesundheitsportal entwickelt. Das Portal ist auf die Informationsbedürfnisse und das Mediennutzungsverhalten von Männern zugeschnitten. Zielgruppen sind Männer im mittleren und höheren Erwachsenenalter (ca. 35 bis 60 Jahre) sowie Fachleute aus allen relevanten Bereichen der Männergesundheit und Gesundheitsförderung. Auf dem Männergesundheitsportal wird beispielsweise auf „Männergesundheit und Ernährung“ näher eingegangen, wobei die Themen „Risiko Übergewicht“, „Männer und Essstörungen“ sowie „Alkohol als Nahrungsmittel“ näher behandelt werden.⁵¹⁵

5.4.3. Gendergerechte Sprache

Im Allgemeinen bedeutet geschlechtergerechte Sprache, von Frauen und Männern zu sprechen, wenn es um Frauen und Männer geht. Dies wird durch die Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen oder dem Einsatz anderer sprachlicher Mittel deutlich.⁵¹⁶ Geschlechtergerechtes Formulieren ist eine wichtige Grundlage von Gender Mainstreaming. Hierbei geht es darum, die unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedingungen für Frauen und Männer zu erkennen sowie eine geschlechtersensible Sichtweise in alle politischen Konzepte, Entscheidungen und Maßnahmen einzubringen.⁵¹⁷

Erste linguistische Empfehlungen zur sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern gab es in Österreich im Jahr 1987.⁵¹⁸ Leitfäden zur Umsetzung geschlechtergerechter Sprache sind unter anderem:

- Leitfaden für einen nicht-diskriminierenden Sprachgebrauch, BMWA⁵¹⁹
- Geschlechtergerechtes Formulieren, BMUKK⁵²⁰
- Geschlechtergerechter Sprachgebrauch im Unternehmen: Leitfaden für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Gleichbehandlungsanwaltschaft⁵²¹
- Leitfaden „Gender Mainstreaming im Land Oberösterreich - Leitlinien für eine geschlechtergerechte Sprache“, Amt der Oö. Landesregierung⁵²²

⁵¹³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016a

⁵¹⁴ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016b

⁵¹⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016b

⁵¹⁶ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 1

⁵¹⁷ Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 1

⁵¹⁸ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2008

⁵¹⁹ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2008

⁵²⁰ Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012

⁵²¹ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011b

⁵²² Amt der Oö. Landesregierung, 2003

⁵¹¹ FEM Gesundheitszentrum, o.J.

⁵¹² Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2016a

Folgend werden Varianten geschlechtergerechter Sprache näher beschrieben.

Vollständige Paarform

Bei der vollständigen Paarform werden weibliche und männliche Bezeichnungen genannt. Bei dieser Formulierung wird gedanklich am ehesten eine Geschlechtersymmetrie hergestellt. Beispiele dafür sind „Anwältin und Anwalt, Arbeitgeber und Arbeitgeberin“.

Im Einzelfall wird aus sprachökonomischen Gründen gelegentlich auch ein Schrägstrich verwendet. Beispiele dafür sind „Expertin/Experte, Arzt/Ärztin“.⁵²³

Verkürzte Schrägstrichvariante

Bei dieser Variante wird die weibliche Endung „in“ an den männlichen Begriff angefügt. Diese Form wird bei Platzproblemen wie beispielsweise bei Formularen oder Tabellen, verwendet. Die verkürzte Schrägstrichvariante stört im Fließtext den Lesefluss und ist nicht symmetrisch. Beispiele für diese Variante sind „Arbeiter/in, Lehrer/in“.⁵²⁴

Bei dieser Schreibweise kann die grammatikalische Weglassprobe angewendet werden. Das heißt, wenn der Schrägstrich weggelassen wird, muss ein korrektes Wort übrig bleiben. Dieses wäre beispielsweise bei „des/der Lehrers/in“ nicht der Fall, da es die Form „der Lehrersin“ nicht gibt.⁵²⁵

Binnen-I

Beim Binnen-I handelt es sich um das große I im Wortinneren. Dieses ist ein Signal dafür, dass die Personenbezeichnung auf Frauen und Männer Bezug nimmt. Diese Schreibweise wird vorrangig in der Mehrzahl sowie bei zusammengesetzten Wörtern verwendet. Dies ist zum Beispiel beim Begriff „ArbeitnehmerInnenschutz“ der Fall. Diese Variante wurde allerdings noch nicht in die gültigen Rechtschreibregeln aufgenommen.⁵²⁶

Bei dieser Schreibweise kann die grammatikalische Weglassprobe angewendet werden. Das heißt, wenn die Endung „In“ oder „Innen“ weggelassen wird, muss ein korrektes Wort übrig bleiben. Dieses wäre beispielsweise bei „der/die SchulärztlIn“ nicht der Fall, da es die Form „der Schulärztl“ nicht gibt.⁵²⁷

„Gender Gap“-Varianten

Die Schreibweise mit „Gender Gap“ lässt Raum für andere Geschlechter neben Mann und Frau. Dies wird durch das Einfügen eines Unterstrichs oder eines Sterns zwischen der männlichen und weiblichen Schreibweise symbolisiert. Diese Schreibweise entspricht jedoch nicht den geltenden Rechtschreibregeln. Beispiele dafür sind „jede_r Teilnehmer_in, Wissenschaftler*innen“.⁵²⁸

Geschlechtsneutrale Formulierungen

Neutrale Begriffe wie „Person, Angestellte, Geschäftsführung, Team“ beziehen sich auf beide Geschlechter. Dabei werden allerdings weder Frauen noch Männer sprachlich sichtbar.⁵²⁹

Anwendung der geschlechtergerechten Sprache

Laut Gleichbehandlungsanwaltschaft ist jene Schreibweise, bei der die weibliche Wortendung in Klammern steht, wie beispielsweise „Mitarbeiter(in)“ nicht empfehlenswert. Hinweise am Beginn oder Ende eines Textes, dass alle Personenbezeichnungen in diesem Text für Frauen und Männer gelten, entsprechen ebenso nicht den Anforderungen einer geschlechtergerechten Sprache.⁵³⁰

Beim Formulieren geschlechtergerechter Texte sollten laut Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur die verschiedenen Möglichkeiten je nach Kontext sinnvoll miteinander kombiniert werden. Einflussfaktoren sind dabei die Textsorte, der Inhalt und der Zweck des Schriftstückes. Empfehlenswert ist es, zuerst das Konzept zu erstellen, die Weglassprobe anzuwenden und zuletzt die Einheitlichkeit zu überprüfen.⁵³¹

⁵²³ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 3

⁵²⁴ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 3

⁵²⁵ Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 2

⁵²⁶ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 3

⁵²⁷ Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 2

⁵²⁸ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 4

⁵²⁹ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 4

⁵³⁰ Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich, 2011a, S. 4

⁵³¹ Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2012, S. 3

Factbox

- Eine Studie zur Untersuchung der Ärzt_innen-Patient_innen-Kommunikation kam zu der Erkenntnis, dass Ärztinnen über längere Gespräche bei gleichberechtigter Gesprächspartnerschaftlichkeit als ihre männlichen Kollegen berichteten. Zudem waren Medizinstudentinnen öfter bereit, an Kursen zum Training ihrer Kommunikationsfähigkeiten teilzunehmen als Medizinstudenten.
- Bei der genderspezifischen Kommunikation in der Gesundheitsförderung ist darauf zu achten, bestehende Stereotypen und Rollenbilder nicht aufzugreifen und zu verstärken. Dazu ist eine besondere Sensibilität, das richtige Verständnis und die korrekte Verwendung der Begriffe „Geschlecht“ und „Gender“ sowie ein genaues Pretesting von Botschaften durch die Zielgruppe nötig. Praxisbeispiele für genderspezifische Kommunikation in der Gesundheitsförderung sind beispielsweise das Institut für Frauen- und Männergesundheit (Österreich) sowie das Frauengesundheitsportal und das Männergesundheitsportal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Deutschland).
- Eine geschlechtergerechte Sprache setzt das Verwenden weiblicher und männlicher Sprachformen voraus. Geschlechtergerechtes Formulieren ist eine wichtige Grundlage dafür, eine geschlechtersensible Sichtweise in alle politischen Konzepte, Entscheidungen und Maßnahmen einzubringen.

6. VERZEICHNISSE UND LITERATUR

6.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Determinanten für Gesundheit7

Abbildung 2: Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppen (1.1.2015) in Oberösterreich.....20

Abbildung 3: Bevölkerungsentwicklung nach Geschlecht in Oberösterreich bis 205021

Abbildung 4: Entwicklung des Frauenanteils nach Altersgruppen bis 2050 in Oberösterreich.....22

Abbildung 5: Entwicklung der Geburtenziffer in Oberösterreich23

Abbildung 6: Alter der Mutter bei der Geburt in Oberösterreich24

Abbildung 7: Haushalte in Oberösterreich 201525

Abbildung 8: Entwicklung der Familienhaushalte in Oberösterreich26

Abbildung 9: Entwicklung der Ein-Personen-Haushalte in Oberösterreich.....26

Abbildung 10: Bildungsgrad in Oberösterreich (Männer und Frauen über 15 Jahre)27

Abbildung 11: Bildungsgrad in Oberösterreich (Männer und Frauen 25-35 Jahre)28

Abbildung 12: Entwicklung der Erwerbstätigkeit nach Geschlecht in Oberösterreich.....29

Abbildung 13: Erwerbsquote nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich30

Abbildung 14: Entwicklung der Teilzeitquote nach Geschlecht in Oberösterreich31

Abbildung 15: Teilzeitquote nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich32

Abbildung 16: Entwicklung der Arbeitslosigkeit nach Geschlecht in Oberösterreich33

Abbildung 17: Arbeitslosigkeit nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich (Mittelwert 2010-2015).....33

Abbildung 18: Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen 2014 in Oberösterreich.....35

Abbildung 19: Lebenserwartung von Männern und Frauen in Europa39

Abbildung 20: Lebenserwartung von Männern und Frauen in Österreich.....40

Abbildung 21: Unterschied der Lebenserwartung von Männern und Frauen nach Bundesland40

Abbildung 22: Lebenserwartung bei (sehr) guter, mittelmäßiger und (sehr) schlechter Gesundheit 2014
in Oberösterreich41

Abbildung 23: Todesursachen von Männern und Frauen in Oberösterreich.....42

Abbildung 24: Langfristige Entwicklung der Säuglings- und Müttersterblichkeit in Österreich.....43

Abbildung 25: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht in Oberösterreich44

Abbildung 26: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in Oberösterreich45

Abbildung 27: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht in Oberösterreich46

Abbildung 28: Subjektiver Gesundheitszustand nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich.....46

Abbildung 29: Chronische Erkrankungen von Männern und Frauen in Oberösterreich.....47

Abbildung 30: Schmerzbelastung von Männern und Frauen in Oberösterreich48

Abbildung 31: Beeinträchtigung durch Schmerzen von Männern und Frauen in Oberösterreich49

Abbildung 32: Häufige Krebserkrankungen von Männern und Frauen in Oberösterreich50

Abbildung 33: Krebsmortalität von Männern und Frauen in Oberösterreich51

Abbildung 34: Herz-Kreislaufmortalität von Männern und Frauen in Oberösterreich.....52

Abbildung 35: Verletzungen durch Unfälle von Männern und Frauen in Österreich und Oberösterreich53

Abbildung 36: Todesfälle aufgrund von Verkehrsunfällen in Oberösterreich.....54

Abbildung 37: Arbeitsunfälle von Männern und Frauen in Österreich55

Abbildung 38: Altersspezifische Suizidrate von Männern und Frauen in Österreich56

Abbildung 39: Suizidrate von Männern und Frauen in Oberösterreich57

Abbildung 40: Personen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund von psychischen Erkrankungen in Oberösterreich.....58

Abbildung 41: Depressive Symptome von Männern und Frauen in Oberösterreich.....59

Abbildung 42: Essstörungen in Linz und Wels60

Abbildung 43: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen in Oberösterreich61

Abbildung 44: Krankenhausaufenthalte aufgrund von Essstörungen nach Altersgruppen in Oberösterreich62

Abbildung 45: Unzureichende Schlafqualität in Oberösterreich63

Abbildung 46: Unzureichende Schlafqualität nach Bildungsabschluss in Oberösterreich64

Abbildung 47: BMI-Klassen nach Geschlecht in Österreich und Oberösterreich65

Abbildung 48: Adipositas bzw. Übergewicht nach Geschlecht und Bildungsgrad in Oberösterreich.....67

Abbildung 49: Adipositas bzw. Übergewicht nach Geschlecht und Haushaltseinkommen in Oberösterreich.....67

Abbildung 50: Betreute Personen in der Pflege nach Geschlecht Ende 2015 in Oberösterreich68

Abbildung 51: Bezieher_innen von Bundespflegegeld nach Pflegegeld-Stufen und Geschlecht 2015 in Österreich.....69

Abbildung 52: Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Männern und Frauen in Oberösterreich70

Abbildung 53: Faktoren zur Gesundheit von Männern und Frauen74

Abbildung 54: Problemwahrnehmung im Hinblick auf die Ungleichheit von Männern und Frauen in Oberösterreich ..80

Abbildung 55: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern und Frauen in Österreich81

Abbildung 56: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern und Frauen nach Altersgruppen in Österreich.....82

Abbildung 57: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern in Österreich und Oberösterreich83

Abbildung 58: Gender-Selbstkonzept nach Geschlecht in Oberösterreich	85
Abbildung 59: Gender-Selbstkonzept nach Bildungsgrad - Männer in Oberösterreich	85
Abbildung 60: Gender-Selbstkonzept nach Bildungsgrad - Frauen in Oberösterreich	86
Abbildung 61: Gender-Selbstkonzept und allgemeine Lebensqualität in Oberösterreich	86
Abbildung 62: Gender-Selbstkonzept und Zufriedenheit mit der Gesundheit in Oberösterreich	87
Abbildung 63: Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich	89
Abbildung 64: Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit nach Bildungsgrad und Geschlecht in Oberösterreich	90
Abbildung 65: Zurücklegen von Wegen zu Fuß nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	91
Abbildung 66: Zurücklegen von Wegen mit dem Fahrrad nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich	91
Abbildung 67: Arbeitsbezogene körperliche Aktivität nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich.....	92
Abbildung 68: Ernährungsverhalten von Männern und Frauen in Oberösterreich	93
Abbildung 69: Entwicklung des Anteils täglicher Raucher und Raucherinnen in Österreich	94
Abbildung 70: Tabakkonsum nach Alter und Geschlecht (tägliche Raucher_innen) in Oberösterreich.....	95
Abbildung 71: Tabakkonsum nach Bildungsgrad und Geschlecht (tägliche Raucher_innen) in Oberösterreich	96
Abbildung 72: Alkohol: Konsumhäufigkeit von Männern und Frauen in Oberösterreich	97
Abbildung 73: Alkoholkonsum (mindestens wöchentlich) nach Altersgruppen in Oberösterreich.....	97
Abbildung 74: Alkoholkonsum nach Bildungsgrad und Geschlecht (mindestens wöchentlich) in Oberösterreich.....	98
Abbildung 75: Körperliche Arbeitsbelastungen in Oberösterreich.....	101
Abbildung 76: Psychische Arbeitsbelastungen in Oberösterreich.....	102
Abbildung 77: Hausarbeit nach Alter und Geschlecht in Österreich	103
Abbildung 78: Hausarbeit nach Erwerbsstatus und Geschlecht in Österreich	104
Abbildung 79: Hausarbeit nach Tätigkeitsgruppen und Geschlecht in Österreich	104
Abbildung 80: Kinderbetreuung nach Tätigkeitsgruppen und Geschlecht in Österreich	105
Abbildung 81: Informelle Pflege und Unterstützungsleistungen in Österreich und Oberösterreich	106
Abbildung 82: Zielperson der informellen Pflege und Unterstützungsleistungen in Österreich und Oberösterreich ..	106
Abbildung 83: Umfang der informellen Pflege und Unterstützungsleistungen in Österreich und Oberösterreich	107
Abbildung 84: Regelmäßige Verantwortlichkeit für Hilfsbedürftige in Oberösterreich	107
Abbildung 85: Betreuungsperson bei längerer Erkrankung in Österreich und Oberösterreich	108
Abbildung 86: Beteiligungsquote an formaler und informeller Freiwilligenarbeit nach Geschlecht in Oberösterreich	109
Abbildung 87: Soziale Unterstützung und Zufriedenheit mit den sozialen Beziehungen bzw. mit der Unterstützung durch den Freundeskreis nach Geschlecht in Oberösterreich	111
Abbildung 88: Direkte und indirekte Kontakte zu Familienangehörigen nach Geschlecht und Alter in Oberösterreich	112
Abbildung 89: Gewalterfahrung innerhalb der letzten drei Jahre in Österreich.....	113
Abbildung 90: Unzufriedenheit mit den Wohnverhältnissen nach Altersgruppen und Geschlecht in Oberösterreich	114
Abbildung 91: Unzufriedenheit mit den verfügbaren Verkehrsmitteln nach Urbanisierungsgrad und Geschlecht in Oberösterreich	116
Abbildung 92: Freizeit nach Alter und Geschlecht in Österreich	118
Abbildung 93: Mangelnde Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten nach Bildungsgrad in Oberösterreich.....	118
Abbildung 94: Lebenserwartung bei der Geburt nach Bildungsgrad in Österreich.....	121
Abbildung 95: Lebenserwartung bei (sehr) guter Gesundheit nach Bildungsgrad in Österreich	122
Abbildung 96: Fernere Lebenserwartung mit 35 Jahren nach Bildungsgrad in Österreich	123
Abbildung 97: Ausgewählte chronische Krankheiten nach Geschlecht, 12-Monats-Prävalenz in Österreich.....	127
Abbildung 98: Frauenvereine und -beratungsstellen in Oberösterreich.....	132
Abbildung 99: Gender Transformative Gesundheitsförderung (Konzeptueller Rahmen)	140
Abbildung 100: Punkteunterschiede der Pisa-Ergebnisse - Mathematik (Österreich und OECD).....	145
Abbildung 101: Punkteunterschiede der Pisa-Ergebnisse - Naturwissenschaften (Österreich und OECD).....	146
Abbildung 102: Punkteunterschiede der Pisa-Ergebnisse - Lesen (Österreich und OECD)	146
Abbildung 103: Tödliche Kinderunfälle 2010-2014 nach Unfallarten in Österreich.....	150
Abbildung 104: Relativer Anteil an übergewichtigen oder adipösen 11-, 13- und 15-jährigen Schüler_innen seit 1998 nach Geschlecht in Österreich	151
Abbildung 105: BMI von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich.....	152
Abbildung 106: BMI von NMS-Schüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich.....	153
Abbildung 107: BMI-Klasse der Schüler_innen nach Geschlecht und Altersgruppen in Oberösterreich.....	154
Abbildung 108: Schulbelastung der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler_innen nach Geschlecht in Österreich	155
Abbildung 109: An wie vielen Schultagen in der Woche 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler_innen frühstücken nach Alter und Geschlecht in Österreich	157

Abbildung 110: Tage und Stunden, in denen 11-, 13-, 15- und 17-jährige Schüler_innen in den letzten 7 Tagen körperlich aktiv waren nach Alter und Geschlecht in Österreich.....	158
Abbildung 111: Häufigkeit von außerschulischem Sport von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich	159
Abbildung 112: Häufigkeit von außerschulischem Sport von NMS-Schüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich	160
Abbildung 113: Häufigkeit von neuromotorischen Auffälligkeiten von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich	161
Abbildung 114: Häufigkeit des Alkoholkonsums der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich.....	163
Abbildung 115: Alkohol-Konsummotive von Mädchen und Buben in Oberösterreich	164
Abbildung 116: Ausgezeichnete Gesundheit der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich.....	165
Abbildung 117: Sehr gute Gesundheit der 0-17-Jährigen nach Alter und Geschlecht in Österreich	166
Abbildung 118: Mittlere Beschwerdelast der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich.....	167
Abbildung 119: Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen von Volksschüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich	168
Abbildung 120: Häufigkeit von Kopf- und Bauchschmerzen von NMS-Schüler_innen nach Geschlecht und Schulstufe in Oberösterreich	169
Abbildung 121: Lebenszeitprävalenz von psychischen Erkrankungen von Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich	170
Abbildung 122: Mehrmals tägliches Zähneputzen der 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler_innen nach Alter und Geschlecht in Österreich.....	172
Abbildung 123: Zufriedenheit mit der Unterstützung durch Freund_innen der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	176
Abbildung 124: Zufriedenheit mit den persönlichen Beziehungen der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	176
Abbildung 125: Obstkonsum der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	177
Abbildung 126: Gemüsekonsum der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	178
Abbildung 127: Rauchverhalten der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	179
Abbildung 128: Alkoholkonsum der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	179
Abbildung 129: Anzahl der Tage, an denen über 60-Jährige mindestens 10 Minuten zu Fuß gehen nach Geschlecht in Oberösterreich	180
Abbildung 130: Anzahl der Tage, an denen über 60-Jährige mindestens 10 Minuten Rad fahren nach Geschlecht in Oberösterreich	181
Abbildung 131: Zufriedenheit der über 60-Jährigen mit verfügbaren Transportmitteln nach Geschlecht in Oberösterreich	182
Abbildung 132: „Haben Sie genug Geld, um ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“, über 60-Jährige nach Geschlecht in Oberösterreich	183
Abbildung 133: Gesundheitszufriedenheit der über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich.....	184
Abbildung 134: Depressive Symptome von über 60-jährigen Männern und Frauen in Oberösterreich.....	185
Abbildung 135: Funktionale Einschränkungen nach Alter und Geschlecht in Oberösterreich	187
Abbildung 136: Einschränkungen bei Basisaktivitäten im Alter (ADL) in Oberösterreich	188
Abbildung 137: Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen im Haushalt (IADL) in Oberösterreich.....	189
Abbildung 138: Untergewicht, Normalgewicht, Übergewicht, Adipositas von über 60-Jährigen nach Geschlecht in Oberösterreich	190
Abbildung 139: Ausübung der suchtpräventiven Tätigkeit... nach Geschlecht in Oberösterreich.....	198
Abbildung 140: Hintergrund der aktiven Multiplikator_innen nach Geschlecht in Oberösterreich.....	199
Abbildung 141: Anteil Schüler_innen im Alter von 11 bis 15 Jahren, die angeben zu rauchen nach Geschlecht in Österreich.....	200

6.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Werthaltungen zur familiären Rolle von Männern und Frauen nach Bundesland.....	83
Tabelle 2: Zeitverwendung der Bevölkerung ab dem Alter von 10 Jahren in Österreich.....	117
Tabelle 3: Anteil der täglich Rauchenden ab 16 Jahren von 1972 bis 2014 in Prozent in Österreich.....	126
Tabelle 4: Geschlechtsbezogene Qualitätsparameter der Gesundheitsförderung.....	139
Tabelle 5: Ergebnisse von PISA	147
Tabelle 6: Schulbesuchs- und Abschlussquoten nach Geschlecht	148
Tabelle 7: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit nach Geschlecht - eine Zusammenschau.....	173

6.3. Literatur

Kapitel 1: Soziodemografie

Lamei, Nadja; Till, Matthias (2017): Armut und soziale Ausgrenzung 2008 bis 2016. Armut und soziale Ausgrenzung 2008 bis 2016 Entwicklung von Indikatoren und aktuelle Ergebnisse zur Vererbung von Teilhabechancen in Österreich. Statistik Austria. Wien.

Bundesministerium für Bildung und Frauen (BMBF) (Hg.) (2015): Frauen und Männer in Österreich. Gender Index 2015. Wien. Online verfügbar unter https://www.bmbf.gv.at/frauen/gender/gender_index_2015.pdf?555bei, zuletzt geprüft am 24.02.2016.

Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst im Bundeskanzleramt Österreich (Hg.) (2010): Frauenbericht 2010. Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008. Wien, zuletzt geprüft am 23.02.2016.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Linz. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/8/8/CH1102/CMS1299588079304/frauengesundheitsbericht_2010_2011.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2017.

Fasching, Melitta; Forster, Judith; Moser, Cornelia (2015): Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus- Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung. Hg. v. Statistik Austria. Wien, zuletzt geprüft am 24.05.2016.

Geisberger, Tamara; Glaser, Thomas (2014): Geschlechtsspezifische Verdienstunterschiede. Analysen zum „Gender Pay Gap“ auf Basis der Verdienststrukturerhebung 2010. In: Statistische Nachrichten (3), S. 215-226, zuletzt geprüft am 18.05.2016.

Ghassemi, Sonja; Kronsteiner-Mann; Christa (2009): Zeitverwendung 2008/09. Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede. Wien, zuletzt geprüft am 20.10.2016.

Höpflinger, François (2016): Frauen im Alter - Feminisierung des Alters. Online verfügbar unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Frauen-im-Alter.pdf>, zuletzt geprüft am 17.10.2016.

Kaindl, Markus; Schipfer, Rudolf Karl: Familien in Zahlen 2014. Statistische Informationen zu Familien in Österreich. Hg. v. Österreichisches Institut für Familienforschung. Online verfügbar unter http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/FiZ/fiz_2014.pdf, zuletzt geprüft am 06.10.2016.

Kaindl, Markus (2016); Schipfer, Rudolf Karl: Familien in Zahlen 2015. Statistische Informationen zu Familien in Österreich. Österreichisches Institut für Familienforschung. Online verfügbar unter http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/FiZ/fiz_2015.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2016.

Klimont, Jeannette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. In: Statistische Nachrichten 9/2016.

Klopf, Christian: Wirtschafts- und Finanzkrise: BMASK- Monitoring der sozialen Auswirkungen 2008-2012. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/7/2/CH2171/CMS1353079209699/abschnitt_15.pdf, zuletzt geprüft am 17.10.2016.

Schleicher, Barbara; Pfabigan, Doris (2015): Gesundheitliche Situation von Frauen in Österreich. Grundlage für die Entwicklung des Aktionsplans Frauengesundheit. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. Online verfügbar unter <http://www.goeg.at/de/GOEG-Aktuelles/Aktionsplan-Frauengesundheit.html>, zuletzt geprüft am 23.12.2015.

Statistik Austria (2016a): Internationaler Frauentag 2016: Frauen mit Kindern unter 15 Jahren sind zu 67,3% teilzeitbeschäftigt, Männer nur zu 5,6%. Pressemitteilung: 11.228-039/16. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/presse/107215.html, zuletzt geprüft am 07.03.2016.

Statistik Austria (2016b): Zeitverwendungserhebung. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/zeitverwendung/zeitverwendungserhebung/index.html, zuletzt geprüft am 20.10.2016.

Statistik Austria (Hg.) (2015): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien, zuletzt geprüft am 05.08.2016.

Kapitel 2: Gesundheitszustand von Männern und Frauen

Bullinger, M.; Morfeld, M. (2008): Der SF36 Health Survey. In: Oliver Schöffski (Hg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 3., vollst. überarb. Aufl. Berlin: Springer, S. 387-402.

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 17.10.2016.

DeSalvo, Karen B.; Bloser, Nicole; Reynolds, Kristi; He, Jiang; Muntner, Paul (2006): Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. In: Journal of general internal medicine 21 (3), S. 267-275. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x.

EUROSTAT (Hg.) (2016a): Statistiken zur Sterblichkeit und Lebenserwartung - Statistics Explained. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics/de, zuletzt geprüft am 05.08.2016.

EUROSTAT (2016b): Datenbank - Eurostat. Online verfügbar unter <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>, zuletzt geprüft am 05.08.2016.

Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Klimont, Jeannette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. In: Statistische Nachrichten 9/2016.

Klotz, Johannes; Asamer, Eva-Maria (2014): Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/2007 sowie 2011/2012. In: Statistische Nachrichten (1), S. 2010-2014, zuletzt geprüft am 31.08.2016.

Kruger, Daniel J.; Nesse, Randolph M. (2007): Economic Transition, Male Competition, and Sex Differences in Mortality Rates. In: Evolutionary Psychology 5 (2). Online verfügbar unter <http://evp.sagepub.com/content/5/2/147470490700500213.full.pdf>, zuletzt geprüft am 09.08.2016.

Lademann, Julia; Kolip, Petra (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter.pdf;jsessionid=6B3EA0BAA44C04A708F6FDF11F4ED2FF.2_cid372?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.08.2016.

Langer, M.; Wimmer-Puchinger, B. (2009): Essstörungen - ein aktuelles Problem für Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie (3), S. 6-13. Online verfügbar unter <http://www.kup.at/kup/pdf/8065.pdf>, zuletzt geprüft am 25.08.2016.

Leitner, Barbara; Balaszti, Erika (2014): Arbeitsunfälle und Arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013. Hg. v. Statistik Austria. Wien, zuletzt geprüft am 22.08.2016.

Mackenbach, Johan P. (2013): Political conditions and life expectancy in Europe, 1900-2008. In: Social Science & Medicine 82, S. 134-146. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.12.022.

Mergl, Roland; Koburger, Nicole; Heinrichs, Katherina; Székely, András; Tóth, Mónika Ditta; Coyne, James et al. (2015): What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. In: PLoS ONE 10 (7), S. e0129062. DOI: 10.1371/journal.pone.0129062.

Popov, Vladimir (2016): Russia's Mortality Crisis. Will we ever learn? (PONARS Eurasia Policy Memo, 127), zuletzt geprüft am 08.08.2016.

Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Online verfügbar unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/HBSC_2010.pdf, zuletzt geprüft am 25.08.2016.

Schneider, Ulrike (2011): Auswirkungen informeller Pflege älterer Menschen auf den Berufsalltag. Präsentationsfolien. WU Wien, 28.06.2011. Online verfügbar unter http://workcaresynergies.eu/wp-content/uploads/2011/08/Schneider_Informeller%20Pflege%20und%20Berufsalltag.pdf, zuletzt geprüft am 19.10.2016.

Statistik Austria (Hg.) (2015): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik. Wien, zuletzt geprüft am 05.08.2016.

Statistik Austria (Hg.) (2017): Jahrbuch Gesundheitsstatistik 2015. Wien, zuletzt geprüft am 12.01.2018.

Kapitel 3.1.: Genetische/Biologische Faktoren

Bolte, Gabriele (2016): Gender in der Epidemiologie im Spannungsfeld zwischen Biomedizin und Geschlechterforschung. Konzeptionelle Ansätze und methodische Diskussionen. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht und Gesellschaft, Band 55).

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe.

Dinges, M. (2006): Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechtsunterschiedes. In: Blickpunkt der Mann 4 (1), S. 21-24. Online verfügbar unter <http://www.kup.at/kup/pdf/5626.pdf>, zuletzt geprüft am 23.01.2017.

Hirrle, Börbel (2005): Lungenkrebs-bei-Frauen. Tendenzen und Risikofaktoren. In: Onkologie (1). Online verfügbar unter <https://www.rosenfluh.ch/media/onkologie/2005/01/Lungenkrebs-bei-Frauen.pdf>, zuletzt geprüft am 23.05.2017.

Huf, Patrycja; Kasper, Diegfried (2016): Geschlechterspezifische Aspekte psychiatrischer Erkrankungen. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht und Gesellschaft, Band 55), S. 157-176.

La Fernandez de Hoz, Paloma (2004): Familienleben und Gesundheit. Aus der Perspektive der sozialen Inklusion. Wien: ÖIF (Materialiensammlung / ÖIF, Österreichisches Institut für Familienforschung, 20).

Lademann, Petra; Kolip, Petra (2005): Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Hg. v. Robert-Koch Institut. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/mittleres_lebensalter.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.05.2016.

Richter-Appelt, Hertha (2017): Intersexualität-Leben zwischen den Geschlechtern: Erfahrungen aus dem Hamburger Forschungsprojekt. Online verfügbar unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/fb_2010-06-23_richter-appelt_referat.pdf, zuletzt geprüft am 24.01.2017.

Robert Koch-Institut (RKI) (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland | Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf;jsessionid=1F1BFAF9DAFD5DDF9DE7D0DE6AB86724.2_cid372?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.05.2016.

Stierler, Matthias (2016): Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht und Gesellschaft, Band 55), S. 51-70.

Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (2010): Soziale und geschlechtsbezogene Ungleichheiten im Bereich Umwelt und Gesundheit. Kopenhagen. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/76521/Parma_EH_Conf_pb1_ger.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2016.

Kapitel 3.2.: Geschlechtsspezifische Rollenerwartungen

Europäische Kommission (2016): Gleichbehandlung von Männern und Frauen. Eurobarometer 82.4 Ergebnisse für Österreich, zuletzt geprüft am 23.02.2016.

Heinzlmaier, Bernhard; Ikrath, Philipp (2012): Bericht zur Jugend-Wertestudie 2011. Institut für Jugendkulturforschung. Wien, zuletzt geprüft am 16.03.2017.

Ioerger, Michael; Henry, Kimberly L.; Chen, Peter Y.; Cigularov, Konstantin P.; Tomazic, Rocco G.; Wong, Frank Y. (2015): Beyond Same-Sex Attraction: Gender-Variant-Based Victimization Is Associated with Suicidal Behavior and Substance Use for Other-Sex Attracted Adolescents. In: PLoS ONE 10 (6), S. e0129976. DOI: 10.1371/journal.pone.0129976.

ISSP Research Group (2016): International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012. Online verfügbar unter <http://zcat.gesis.org/webview/index.jsp?object=http://zcat.gesis.org/obj/fStudy/ZA5900>, zuletzt geprüft am 17.3.2017.

Kolip, Petra (2009): Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (45), S. 57-69, zuletzt geprüft am 12.01.2016.

Leitner, Sigrid: Geschlechterdifferenz als (diskriminierendes) Gestaltungsprinzip materieller Sicherung : Analyse der Alterssicherungssysteme in den USA, in Österreich und in Schweden. Hg. v. Institut für Höhere Studien, Abt. Politikwissenschaft (Reihe Politikwissenschaft, 57). Online verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-246697>.

Polak, Regina (2011): Zukunft-Werte-Europa. Die Europäische Wertestudie 1990-2010: Österreich im Vergleich. Wien: Böhlau. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/773825912>.

Reif, Martin (2012): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten. Hg. v. OÖ Gebietskrankenkasse und Johannes Kepler Universität Linz. Linz (Gesundheitswissenschaften paper), zuletzt geprüft am 24.03.2017.

Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hg.) (2012): Public health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. München: Urban & Fischer.

Sonja Dörfler, Georg Wernhart (2016): Die Arbeit von Männern und Frauen. Eine Entwicklungsgeschichte der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung in Frankreich, Schweden und Österreich. Online verfügbar unter http://www.univie.ac.at/oif/typo3/fileadmin/OEIF/Forschungsbericht/fb_19_geschlechterrollen.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2016.

Vafaei, Afshin; Ahmed, Tamer; Freire, Aline do N. Falcão; Zunzunegui, Maria Victoria; Guerra, Ricardo O.; Ginsberg, Stephen D. (2016): Depression, Sex and Gender Roles in Older Adult Populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAs). In: PLoS ONE 11 (1), S. e0146867. DOI: 10.1371/journal.pone.0146867.

Kapitel 3.3.: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Baumgartner, Melanie (2009): Rauchen in Österreich nach 1945. Wirtschaft, Gesellschaft, Kultur, Wien, zuletzt geprüft am 06.11.2017.

Bundesamt für Sport BASPO (Hg.) (2013): Gesundheitswirksame Bewegung. Grundlagendokument. Online verfügbar unter https://www.radix.ch/files/2K6CS0Y/13a_grundlagendokument_hepa2013.pdf, zuletzt geprüft am 19.4.2017.

Bundesministerium für Gesundheit(Hg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Linz. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/8/8/8/CH1102/CMS1299588079304/frauengesundheitsbericht_2010_2011.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2016. Bundesministerium für Gesundheit: Der ganz „normale“ Alkoholkonsum und seine gesundheitlichen Folgen, zuletzt geprüft am 23.01.2017.

Cavill, Nick; Kahlmeier, Sonja; Racioppi, Francesca (Hg.) (2010): Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln. World Health Organization. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/broschuerenfolder/bewegung-und-gesundheit-in-europa-erkenntnisse-fur-das-handeln/2010-05-19.5848625027>, zuletzt geprüft am 30.08.2017.

Dahlgren, G.; Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO-Strategy paper for Europe.

Dinges, Martin (2016): Männergesundheit im Wandel: Ein Prozess nachholender Medikalisierung? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (8), S. 925-931. DOI: 10.1007/s00103-016-2376-x.

Eurobarometer 82.4 Ergebnisse für Österreich, zuletzt geprüft am 23.02.2016.

Heinzlmaier, Bernhard; Ikrath, Philipp (2012): Bericht zur Jugend-Wertestudie 2011. Institut für Jugendkulturforschung.
Hirrlinger, Bärbel (2005): Lungenkrebs-bei-Frauen. Tendenzen und Risikofaktoren.

Hougron, Pascal (2010): Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 - TNS Opinion & Social. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf, zuletzt geprüft am 19.4.2017.

Kastner, Tanja (2012): Männer rauchen anders, Frauen auch. Geschlechtersensible Gesundheitskampagnen am Beispiel von Anti-Raucher-Kampagnen. Linz (Gesundheitswissenschaften dokument), zuletzt geprüft am 09.01.2017.

Klimont, Jeannette; Balaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 14.03.2016.

Klimont, Jeannette; Balaszti, Erika; Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Wien.

MUW/AKH - Univ.Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2017): Geschlechtsunterschiede, Substanzkonsum und -abhängigkeit. Online verfügbar unter <http://www.sucht-news.at/content/docs/gender%20DE.pdf>, zuletzt geprüft am 06.04.2017.

Oja, Pekka; Titze, Sylvia; Kohlberger, Teresia; Samitz, Günther (2010): Das Rad als Transportmittel - Gesundheitlicher Nutzen und Einflussfaktoren. Hg. v. GÖG/FGÖ. 2010 (Wissen, 3). Wien.

Pelikan, Jürgen; Röthlin, Florian; Ganahl, Kristin (2013): Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung - nach Bundesländern und im internationalen Vergleich. Abschlussbericht der Österreichischen Gesundheitskompetenz (Health Literacy) Bundesländer-Studie.

Richter-Appelt, Hertha (2017): Intersexualität-Leben zwischen den Geschlechtern: Erfahrungen aus dem Hamburger Forschungsprojekt.

Schritt, Katarina; Kelle, Udo; Metzger, Verena; Rollnik-Manke, Tatjana (2011): Ernährung im Kontext von Geschlechterverhältnissen. Analyse zur Diskursivität gesunder Ernährung. 1. Auflage. Wiesbaden, Germany: VS Research.

Seyer, Seifried; Gschwandther; Franz; Paulik, Richard; Schmidbauer, Rainer (2005): Vom Gebrauch der Drogen. Institut Suchtprävention, Pro mente ÖÖ (Hg.). Linz.

Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015 Band 1: Forschungsbericht. Wien, zuletzt geprüft am 14.11.2017.

Völker, Klaus (2012): Zusammenhang von körperlicher Aktivität mit physischer und psychischer Gesundheit. Eine Einführung. In: Gunnar Geuter und Alfons Holleder (Hg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern, S. 23-33.

Kapitel 3.4.: Ausgewählte gesundheitsrelevante Themenbereiche (Belastungen, Ressourcen, Lebensbedingungen)

Andreyeva, Tatiana; Puhl, Rebecca M.; Brownell, Kelly D. (2008): Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. In: Obesity (Silver Spring, Md.) 16 (5), S. 1129-1134. DOI: 10.1038/oby.2008.35.

Bartlett, Lynn K. (2016): Fat Women Need Not Apply: Weight Discrimination in Employment Against Women. In: Marty L. Connerly und Jiyun Wu (Hg.): Handbook on Well-Being of working Woman. Dordrecht, Heidelberg, New York, London, S. 33-47.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA). Linz.

DAK Gesundheit (Hg.) (2016): Meinungen und Einschätzungen zu Übergewicht und Fettleibigkeit. XXL-Report. forsa Politik- und Sozialforschung GmbH. Berlin (DAK FORSCHUNG). Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/bundes-themen/xxl-report-so-werden-dicke-menschen-ausgegrenzt-1846124.html>, zuletzt geprüft am 02.10.2017.

Elwér, Sofia; Harryson, Lisa; Bolin, Malin; Hammarström, Anne; Vermund, Sten H. (2013): Patterns of Gender Equality at Workplaces and Psychological Distress. In: PLoS ONE 8 (1), e53246. DOI: 10.1371/journal.pone.0053246.

Fiala, Ingeborg; Ghassemi; Sonja; Bauer, Martin; Haller, Max (2010): Wohlbefinden der österreichischen Bevölkerung. Hg. v. Umwelt und Wasserwirtschaft Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft. Wien.

Franzkowiak, Peter (2010): Soziale Unterstützung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=8de013c8435965d4fddbced100c4ef6&id=angebote&idx=139>, zuletzt aktualisiert am 9.6.2015, zuletzt geprüft am 21.8.2015.

Fuchs, Martina (2017): Vergessene Verwandte. Universität Zürich. Online verfügbar unter <http://www.news.uzh.ch/de/articles/2009/vergessene-verwandte.html>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Ghassemi, Sonja Kronsteiner-Mann Christa (2009): Zeitverwendung 2008/09. Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede. Endbericht der Bundesanstalt Statistik Österreich an die Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst (GZ: BKA-F140.300/0003-II/1/2008). Wien.

Harryson, Lisa; Strandh, Mattias; Hammarström, Anne; Laks, Jerson (2012): Domestic Work and Psychological Distress-What Is the Importance of Relative Socioeconomic Position and Gender Inequality in the Couple Relationship? In: PLoS ONE 7 (6), e38484. DOI: 10.1371/journal.pone.0038484.

Hilbert, A.; Ried, J.; Zipfel, S. (2013): Stigmatisierung bei Adipositas. Positionspapier des Kompetenznetzes Adipositas. In: Adipositas (3). Online verfügbar unter <http://www.schattauer.de/t3page/1214.html?manuscript=20224>.

Huizinga, Mary Margaret; Bleich, Sara N.; Beach, Mary Catherine; Clark, Jeanne M.; Cooper, Lisa A. (2010): Disparity in physician perception of patients' adherence to medications by obesity status. In: *Obesity* (Silver Spring, Md.) 18 (10), S. 1932-1937. DOI: 10.1038/oby.2010.35.

Huizinga, Mary Margaret; Cooper, Lisa A.; Bleich, Sara N.; Clark, Jeanne M.; Beach, Mary Catherine (2009): Physician respect for patients with obesity. In: *Journal of general internal medicine* 24 (11), S. 1236-1239. DOI: 10.1007/s11606-009-1104-8.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel (2008): Fokusbericht Gender und Gesundheit. Basel. Online verfügbar unter https://www.radix.ch/files/JX3S52K/20090112_fokusbericht_gender.pdf, zuletzt geprüft am 17.08.2017.

Jakoby, Nina (2008): (Wahl-)Verwandtschaft -- Zur Erklärung verwandtschaftlichen Handelns. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden (SpringerLink : Bücher).

Kapella, Olaf; Baierl, Andreas; Rille-Pfeiffer, Christiane; Geserick, Christine; Schmidt, Eva-Maria (2011): Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Hg. v. Österreichisches Institut für Familienforschung. Wien. Online verfügbar unter http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/gewaltpraevaleanz_2011.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2016.

Klimont, Jeannette; Baldasz, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien

Knesebeck, Olaf d. v.: Soziales Kapital. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2ee5050f6589d10f58cf62d3e16841f3&id=angebote&idx=113>, zuletzt aktualisiert am 24.3.2015, zuletzt geprüft am 07.05.2016.

Müters, S.; Hoebel, J. Lange, C. (2013): Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin (GBE kompakt, 4 (2)).

Polak, Regina (2011): Zukunft-Werte-Europa. Die Europäische Wertestudie 1990-2010: Österreich im Vergleich. Wien: Böhlau. Online verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/773825912>.

Raml, Reinhard; Dawid, Evelyn & Feistritz, Gert (2011): 2. Österreichischer Männerbericht. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien. Online verfügbar unter https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/III/III_00279/imfname_236879.pdf, zuletzt geprüft am 15.02.2016.

Robert Koch-Institut (RKI) (2014): Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland | Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Online verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf;jsessionid=1F1BFAF9DAFD5DDF9DE7D0DE6AB86724.2_cid372?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 25.05.2016.

Robert Koch-Institut (RKI): Soziale Unterstützung. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI).

Sonja Dörfler, Georg Wernhart (2016): Die Arbeit von Männern und Frauen. Eine Entwicklungsgeschichte der geschlechtsspezifischen Rollenverteilung in Frankreich, Schweden und Österreich. Online verfügbar unter http://www.univie.ac.at/oif/typo3/fileadmin/OEIF/Forschungsbericht/fb_19_geschlechterrollen.pdf, zuletzt geprüft am 09.03.2016.

Statistik Austria (2016): Wohnen 2015. Zahlen, Daten und Indikatoren der Wohnstatistik.

Statistik Austria (2017a): Arbeitsbezogene Erkrankungen und Risiken. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/arbeitsbezogene_erkrankungen_und_risiken/index.html, zuletzt geprüft am 25.08.2017.

Statistik Austria (2017b): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2015. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien, zuletzt geprüft am 07.03.2013.

Stierler, Matthias (2016): Gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. In: Claudia Hornberg, Andrea Pauli und Birgitta Wrede (Hg.): *Medizin - Gesundheit - Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive*. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer VS (Geschlecht und Gesellschaft, Band 55), S. 51-70.

Sutin, Angelina R.; Terracciano, Antonio (2013): Perceived weight discrimination and obesity. In: *PLoS ONE* 8 (7), e70048. DOI: 10.1371/journal.pone.0070048.

Trojan, Alf; Süß, Waldemar (2013): Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A - Z. Hg. v. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2180b5fd12d1d9ffd432d3d67445a05f&id=angebote&idx=112>, zuletzt aktualisiert am 07.05.2013, zuletzt geprüft am 07.05.2013.

World Health Organization, Regional Office for Europe (2014): Developing National Action Plans on Transport, Health and Environment. A Step-by-step Manual for Policy-makers and Planners: World Health Pubns.

Kapitel 3.5.: Sozioökonomische Gesundheitsdeterminanten

Blas, E.; Kurup, A. S.; World Health Organization (2010): Equity, Social Determinants and Public Health Programmes: World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/sdhconference/resources/EquitySDandPH_eng.pdf.

Brunner, Eric (2007): Biology and Health Inequality. In: *PLoS Biology* 11 (5).

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2017a): Rahmengesundheitsziel 2. Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Gesundheit Österreich GmbH, zuletzt geprüft am 15.11.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2017b): Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI); Bericht Österreich 2017. Wien, zuletzt geprüft am 16.11.2017.

Commission on Social Determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva.

Klimont, Jeannette; Balaszti, Erika, Ihle Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit, Wien.

Klimont, Jeannette; Klotz, Johannes (2016): Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. In: Statistische Nachrichten 9/2016.

Klotz, Johannes; Asamer, Eva-Maria (2014): Bildungsspezifische Sterbetafeln 2006/2007 sowie 2011/2012. In: Statistische Nachrichten (3/2014).

Klotz, Johannes; Doblhammer, Gabriele (2008): Trends in educational mortality differentials in Austria between 1981/82 and 2001/2002. In: DemRes 19, S. 1759-1780. DOI: 10.4054/DemRes.2008.19.51.

Marmot, Michael (2014): Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Richter, Mattias; Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Gesundheit und soziale Ungleichheit (Aus Politik und Zeitgeschichte, 42), S. 3-10.

Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München.

Kapitel 4.1.: Gender-Medizin (von Christina Allerstorfer)

Alconero-Camarero A. R.; Munoz-Cacho P.; Revuelta J. M. (2013): Gender similarities and differences in the presentation of symptoms in acute myocardial infarction. International journal of cardiology 2013;168:2968-9.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Linz.

Gallagher; C.J., Balliet R:M.; Sun; D.; Chen; G; Lazarus; P. (2010) Sex differences in UDP-glucuronosyltransferase 2B17 expression and activity. Drug metabolism and disposition: the biological fate of chemicals 2010;38:2204-9.

Healy B. (1991): The Yentl syndrome. N Engl J Med 1991; 325:274-6.

Kautzky-Willer, A. (2012): Gendermedizin. Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag GmbH & Co.KG.

Kautzky-Willer A.; Abrahamian H.; Weitgasser R.; Fasching P.; Hoppichler F.; Lechleitner M.(2016): Sex- and gender-aspects in regard to clinical practice recommendations for pre-diabetes and diabetes. Wiener klinische Wochenschrift 2016;128 Suppl 2:S151-8.

Podzeck-Schweighofer A. (2005) Koronare Herzerkrankung bei Frauen. Austrian Journal of Cardiology 2005;12:52-6.

Rathore S. S.; Wang Y.; Krumholz H. M. (2002): Sex-based differences in the effect of digoxin for the treatment of heart failure. N Engl J Med 2002;347:1403-11.

Rieder, Anita B.L. (2008): Gender Medizin Wien: Springer Wien New York.

Statistik Austria (2015): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014: Wien.

Uppstad, H.; Osnes G. H.; Cole, K. J.; Phillips, D. H.; Haugen A.; Mollerup S. (2011): Sex differences in susceptibility to PAHs is an intrinsic property of human lung adenocarcinoma cells. Lung cancer (Amsterdam, Netherlands);71:264-70.

Kapitel 4.2.: Spezielle Beratungsangebote

Folder der Frauengesundheitszentren Wels und FRIEDa Ried unter <https://www.pga.at/pgafachbereiche/frauen/>

Riedel, Monika; Röhrling, Gerald: Gender-Unterschiede bei Beschäftigten im österreichischen Gesundheitswesen; Beilage zu Hauptverband der Sozialversicherungsträger: Soziale Sicherheit 12/2016

Stolzenberg, Regina; Steingruber, Brigitte: An-Stifterinnen für Partizipation: Entstehung und Bedeutung von Frauengesundheitszentren in Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit, Bern 2012

www.zentrum-fm.at
www.selbsthilfe-ooe.at
www.dg-andrologie.de
www.andrologie.at
www.pga.at
www.fgz.at
www.fgz-linz.at
www.frauenreferat-ooe.at
www.dmoe-info.at

Alle Webseiten zuletzt überprüft am 31. März 2017

Kapitel 4.3.: Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in Krankenhäusern

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011. Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit, PGA. Linz. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/5/CH1572/CMS1466495497539/frauengesundheitsbericht_2010_2011.pdf, zuletzt geprüft am 27.03.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2006): Gender Mainstreaming in der Spitalsorganisation. Zur Implementierung des Gender Mainstreaming Ansatzes in die Führungs- und Qualitätsmanagementsysteme und -instrumente eines Groß-Dienstleistungsunternehmens im Gesundheitsbereich: Schwerpunkt-Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz BetriebsGmbH. Wien. Online verfügbar unter https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/7/CH1566/CMS1466077061581/gm_spi-talsorganisation_27061.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2017.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.) (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien.

Dieplinger, A. M. & Labek, A. (2007): Gender friendly Hospital. Entwicklung von Leitlinien für eine Gesundheitseinrichtung. Herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. In: Gesundheitswissenschaften (Band 32). Online verfügbar unter <https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.611631&version=1423576308>, zuletzt geprüft am 20.03.2017.

Fonds Gesundes Österreich (2007): Gender friendly Hospital. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/infos/archiv/201egender-friendly-hospital201c>, zuletzt geprüft am 20.03.2017.

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (2017). Online verfügbar unter <http://www.ongkg.at/>, zuletzt geprüft am 21.08.2017.

Pelikan, J.M., Dietscher, C. & Krajic, K. (2008): Gesundheitsförderung als Neuorientierungs- und Qualitätsstrategie von Gesundheitseinrichtungen. In: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (Hg.): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Wien, S. 17-40. Online verfügbar unter http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Publikationen/BMGFJ-Broschue-re_Qualitaetsstrategie.pdf, zuletzt geprüft am 21.08.2017.

Kapitel 4.4.: Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention

Altgeld, Thomas (2016): Geschlechteraspekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Petra Kolip und Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe, S. 300-311.

Gender Transformative Health Promotion (2017). Online verfügbar unter <https://promotinghealthinwomen.ca/resources/>, zuletzt geprüft am 23.10.2017.

Jahn, I. (2016): Gender Transformative Health Promotion. Ein Ansatz für geschlechtergerechte Prävention und Gesundheitsförderung nach dem 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz. In: Gesundheitswesen 78 (08/09). DOI: 10.1055/s-0036-1586610.

Kolip, Petra; Altgeld, Thomas (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl. (Juventa-Materialien).

Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern

Pederson, A.; Greaves, L.; Poole, N. (2015): Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. In: Health Promotion International 30 (1), S. 140-150. DOI: 10.1093/heapro/dau083.

Kapitel 5.1.: Kinder- und Jugendgesundheit aus der Genderperspektive

AK Oberösterreich (2016): AK-Bildungsmonitor 2016. Zeugnis- und Kompetenzarmut bei Jugendlichen in Oberösterreich. Online verfügbar unter https://media.arbeiterkammer.at/ooe/B_2016_AK_Bildungsmonitor_2016.pdf, zuletzt geprüft am 04.01.2017.

AUVA, Abteilung Statistik (2016): Schülerstatistik 2016. Schwerpunkt Sport. Online verfügbar unter <https://www.auva.at/cds-content/load?contentid=10008.542540&version=1463142364>, zuletzt geprüft am 21.02.2018.

Bacher, J., Beham, M. & Lachmayr, N. (2008) Geschlechterunterschiede in der Bildungswahl. Wiesbaden: VS Verlag.

Bacher J., Leitgöb H. & Weber C. (2012): Bildungsungleichheiten in Österreich. Vertiefende Analysen der PISA2009-Daten. In: Eder F. (Eds.): PISA 2009. Nationale Zusatzanalysen für Österreich. Münster: Waxmann, S. 432-459.

Bacher, Johann; Tamesberger, Dennis; Leitgöb, Heinz & Lankmayer, Thomas (2013): NEET-Jugendliche: Eine neue arbeitsmarktpolitische Zielgruppe in Österreich. In: WISO 36 (4), S. 103-131. Online verfügbar unter http://www.jku.at/soz/content/e94921/e231672/e231673/LF_Bacher_Tamesberger_Leitgoeb_Lankmayer_lv_4_13_ger.pdf, zuletzt geprüft am 29.10.2014.

Bertschi-Kaufmann, A. (2001). Lesen und Schreiben in einer Medienumgebung. Die literalen Aktivitäten von Primarschulkindern. Aarau: Sauerländer.

Bodenwinkler, A.; Sax, G.; Kerschbaum, J. (2017): Länder-Zahnstatuserhebung 2016: Sechsjährige in Österreich. Zahnstatus sechsjähriger Kinder mit und ohne Migrationshintergrund. Gesundheit Österreich, Wien.

Bundesministerium für Bildung (2016): Abteilung Schulsport. Unterrichtsgegenstände. Online verfügbar unter <http://www.bewegung.ac.at/index.php?id=113>, zuletzt geprüft am 12.12.2016.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): SUPRA. Suizidprävention Austria. Wien. Online verfügbar unter <http://www.suizidpraevention.at/pdf/suizidpraeventionsplan.pdf>, zuletzt geprüft am 17.02.2017.

- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Suizid und Suizidprävention in Österreich. Basisbericht 2013. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/3/9/CH1453/CMS1392806075313/suizid_und_suizidpraevention_in_oesterreich.pdf, zuletzt geprüft am 17.02.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015b): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Unter Mitarbeit von Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/gesundheit_und_gesundheitsverhalten_oester_schuelerinnen_who_hbsc-survey_2014.pdf, zuletzt geprüft am 07.12.2016.
- Bundesministerium für Gesundheit (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht. Wien. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/9/7/CH1357/CMS1453376559886/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 04.01.2017.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2015a): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2014. Schwerpunkt Chancengerechtigkeit. Online verfügbar unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/0/7/7/CH1351/CMS1433931290209/kinder_jugendgesundheitsstrategie2014.pdf, zuletzt geprüft am 05.02.2016.
- Eder, F. (2007): Das Befinden von Kindern und Jugendlichen in der österreichischen Schule. Befragung 2005. Innsbruck: StudienVerlag.
- Europäische Kommission (2006): Thematische Studie über politische Maßnahmen für benachteiligte Jugendliche. Online verfügbar unter <http://www.pakte.at/attach/thematischeStudie-BenachteiligteJugendliche.pdf>, zuletzt geprüft am 30.10.2014.
- FH Steyr (2013): SchülerInnenbefragung OÖ. Lebens-, Freizeit- und Ernährungsgewohnheiten von SchülerInnen in Oberösterreich und deren Einfluss auf den BMI.
- Gelfer, P. & Tatum, M. (2014): Sudden Infant Death Syndrome. In: *Journal of Pediatric Health Care* (28), S. 470-474.
- Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2012): Zahnstatus 2011. Sechsjährige in Österreich. Online verfügbar unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/zahnstatus_2011.pdf, zuletzt geprüft am 21.12.2016.
- Gesundheit Österreich GmbH (Hg.) (2014): Länder-Zahnstatushebung 2012. Zwölfjährige in Österreich. Online verfügbar unter http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/laenderzahnstatus_2012_zwoelfjaehrige.pdf, zuletzt geprüft am 21.12.2016.
- Griebler, R., Anzenberger, J., Hagleitner, J., Sagerschnig, S. & Winkler, P. (2013): Entwicklungsverzögerungen/-störungen bei 0-bis 14-jährigen Kindern in Österreich: Datenlage und Versorgungssaspekte. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien: ÖBIG.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016): Legasthenie/ Dyskalkulie. Unter Mitarbeit von B. Maringer. Wien. Online verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.631763&version=1467622658>, zuletzt geprüft am 04.01.2017.
- Holmeier, M. (2013): Leistungsbeurteilung im Zentralabitur. Wiesbaden: VS Verlag.
- Johannes Kepler Universität Linz (2015): Jugendliche weder in Beschäftigung, Ausbildung noch in Training: Ein Bundesländervergleich in Österreich. Forschungsbericht. Online verfügbar unter http://www.jku.at/soz/content/e94921/e95831/e96904/e272914/NEET-BerichtVersion3_ger.pdf, zuletzt geprüft am 02.01.2017.
- Karwautz, A. & Wagner, G. (2015): Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag - eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung. Abgeschlossene Projekte: MENTAL HEALTH IN AUSTRIAN TEENAGERS (MHAT). Online verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.626392&version=1450172704>, zuletzt geprüft am 28.08.2017.
- Karwautz, A., Dür, W., Zeiler, M., Nitsch, M., Philipp, J., Truttmann, S., Waldherr, K. & Wagner, G. (Hg.) (2016): Psychische Störungen gemäß DSM-5 bei Kindern und Jugendlichen in Österreich - Ergebnisse der MHAT-Studie. Abstractband. XVII. Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium und 33. Jahreskongress der ÖGKJP. Psyche und Körper - Integrative Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie, 28.-30. April 2016. Schloss Pöllau bei Hartberg. Online verfügbar unter http://www.lkh-graz-sw.at/cms/dokumente/10310182_2172161/210f2722/Abstractband-poellau-2016-04.pdf, zuletzt geprüft am 20.02.2017.
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014a): Kinderunfälle in Österreich. Online verfügbar unter http://www.kfv.at/uploads/tx_news/KinderunfaelleEU_quer.pdf, zuletzt geprüft am 16.12.2016.
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014b): Verkehrsunfallstatistik Oberösterreich 2014. Verunglückte Kinder (0 - 14 Jahre) nach Verkehrsbeteiligung. Online verfügbar unter http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=65&no_cache=1&tab_txt=Verungl%3%BCckte%20Kinder%20280-14%20Jahre%29%20nach%20Verkehrsbeteiligung&kap_txt=Altersgruppen&report_ty p=Ober%3%B6sterreich&print=1, zuletzt geprüft am 16.12.2016.
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014c): Spitalsbehandelte Heim-, Freizeit- und Sportunfälle 2014 nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=75&no_cache=1&cache_file=hfs_nav_cache.html&report_typ=%C3%96sterreich&kap_txt=Heim-%2C+Freizeit+und+Sportunf%C3%A4lle&tab_txt=Spitalsbehandelte+Heim-%2C+Freizeit+und+Sportunf%C3%A4lle+2014+nach+Alter+und+G eschlecht, zuletzt geprüft am 16.12.2016.

- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014d): Verkehrsunfallstatistik Oberösterreich 2014. Getötete nach Altersgruppen und Geschlecht. Online verfügbar unter http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=65&no_cache=1&tab_txt=Get%C3%B6tete%20nach%20Altersgruppen%20und%20Geschlecht&kap_txt=Altersgruppen&report_typ=Ober%C3%B6sterreich&print=1, zuletzt geprüft am 16.12.2016.
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014e): Verkehrsunfallstatistik Oberösterreich 2014. Verletzte nach Altersgruppen und Geschlecht. Online verfügbar unter http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=65&no_cache=1&tab_txt=Verletzte%20nach%20Altersgruppen%20und%20Geschlecht&kap_txt=Altersgruppen&report_typ=Ober%C3%B6sterreich&print=1, zuletzt geprüft am 16.12.2016.
- Land OÖ (2017): Schuluntersuchung 2015/2016, Daten von der Abteilung Gesundheit, Auswertung von der Abteilung Statistik.
- Leitgöb, H., Bacher, J. & Lachmayr, N. (2011): Ursachen der geschlechtsspezifischen Benachteiligung von Jungen im österreichischen Schulsystem. In: Hadjar, A. (Eds.): Geschlechtsspezifische Bildungsungleichheiten. Wiesbaden: VS Verlag, S.149-176.
- Mutz, M. & Burrmann, U. Sportwiss (2014) 44: 171. doi:10.1007/s12662-014-0328-x. Presseausendung vom 15.11.2012. Online verfügbar unter http://www.linz.at/presse/2012/201211_66022.asp, zuletzt geprüft am 12.12.2016.
- Leitgöb, H., Paseka, A., Bacher J. & Altrichter H. (2012): Geschlechtsspezifische Leistungsdifferenzen in Österreich. Vertiefende Analysen der PISA 2009-Daten. In: Eder, F. (Eds.): PISA 2009. Nationale Zusatzanalysen für Österreich. Münster: Waxmann, S. 308-336.
- Lintorf, K. (2010): Wie vorhersagbar sind Grundschulnoten? Prädiktionskraft individueller und kontextspezifischer Merkmale. Wiesbaden: VS Verlag.
- Nagl, Ingrid et al. (2013): Jugend und Arbeit in Österreich. Berichtsjahr 2012/2013. Online verfügbar unter http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/6/CH2124/CMS1402033052188/jugend_und_arbeit_2013_deutsch.pdf, zuletzt geprüft am 29.10.2014.
- Neuhauser, J. (2016): Pisa: Weltweit größte Geschlechterkluft. In: Die Presse 2016, 06.12.2016. Online verfügbar unter http://diepresse.com/home/bildung/schule/5130511/Pisa_Weltweit-groesste-Geschlechterkluft, zuletzt geprüft am 03.01.2017.
- Philipp, J.; Zeiler, M.; Waldherr, K.; Nitsch, M.; Dür, W. & Karwautz, A. (2014): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT)- Study: preliminary results from a pilot study. In: Neuropsychiatr (28), S. 198-207. DOI: 10.1007/s40211-014-0131-9.
- Sappl, A.: Genderkompetenz im Schulsport am Beispiel der Unterrichtsinhalte „Tanz und Gymnastik“. Kirchliche Pädagogische Hochschule Edith Stein. Online verfügbar unter http://www.kph-es.at/fileadmin/user_upload/pdf/Genderkompetenz_im_Schulsport_2014-01.pdf, zuletzt geprüft am 12.12.2016.
- Schreiner, C., Breit, S. & Haider, G. (2008): Zur Validität der Mathematiknoten. Ein Vergleich von Lehrerbeurteilung und Leistungsmessung bei PISA. In: Hofmann, F., Schreiner, C. & Thonhauser, J. (Hrsg.): Qualitative und quantitative Aspekte. Zu ihrer Komplementarität in der erziehungswissenschaftlichen Forschung. Münster: Waxmann, S. 211-224.
- Siegler, R., DeLoache, J. & Eisenberg, N. (2011): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter. 3. Aufl. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Stanat, P. & Bergann, S. (2010): Geschlechtsbezogene Disparitäten in der Bildung. In: Tippelt, R. & Schmidt, B. (Hrsg.): Handbuch Bildungsforschung. Wiesbaden: VS Verlag, S. 513-527
- Stangl, W. (o.J.): Bullying - Aggression unter Schülern. Online verfügbar unter <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/KOMMUNIKATION/Bullying.shtml>, zuletzt geprüft am 12.01.2017.
- Statistik Austria (2015a): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien. Online verfügbar unter www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=106059, zuletzt geprüft am 03.03.2016.
- Statistik Austria (2015b): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 5.12.2016.
- Statistik Austria (2016): Formales Bildungswesen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/index.html, 23.1.2016.
- Statistik Austria (2017): Unfallgeschehen mit Kindern (0 bis 14 Jahre) 1992 bis 2016 nach Bundesländern. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=069552, zuletzt geprüft am 21.02.2018.
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien.
- Suchaň, B. & Breit, S. (Hrsg.), 2016: PISA 2015. Grundkompetenzen am Ende der Pflichtschulzeit im internationalen Vergleich. Graz: Leykam.
- Weißl, Barbara & Gabrle, Susanne (2010): Jugendliche mit sozial-emotionaler Benachteiligung - Versuch einer Begriffsklärung. Online verfügbar unter <http://www.esf.at/esf/wp-content/uploads/Jugendliche-mit-sozial-emotionaler-Benachteiligung.pdf>, zuletzt geprüft am 30.10.2014.

Kapitel 5.2.: Senior_innengesundheit aus der Genderperspektive

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2013): Altern und Zukunft. Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Wien. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/0/7/CH3434/CMS1451919205078/soziale-themen_seniorinnen_bundessenioreninnenplan_gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 10.3.2017.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2010). Lebensqualität im Alter. Befragung von Personen ab 60 Jahren. Studienbericht. Wien: Institut für empirische Sozialforschung.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Endbericht 2012, Auflage 2015. Wien. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/BDBExtern/BrochureDownload.ashx?sel=ZzJkMWtlSzZBVk9sY1VFSiFnZmhHUT090>, zuletzt geprüft am 10.03.2017.

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2013): Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“. Online verfügbar unter <http://bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/7/6/CH1104/CMS1430841729259/ernaehrungimalter.pdf>, zuletzt geprüft am 08.02.2016.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2015): Ressourcen und Risikofaktoren. Online verfügbar unter <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/paervention/ressourcen-und-risikofaktoren>, zuletzt geprüft am 18.04.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016a): Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit Demenz. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Empfehlungen_nbsp_fuer_den_Umgang_mit_Menschen_mit_Demenz, zuletzt geprüft am 09.03.2017.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016b): Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur personenzentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/0/1/9/CH1513/CMS1436867360033/demenz_handlungsempfehlungen.pdf, zuletzt geprüft am 08.05.2017.

Fonds Gesundes Österreich (2007): Ressourcenorientierung. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/ressourcenorientierung>, zuletzt geprüft am 18.04.2017.

Griebler, R., Anzenberger, J. & Eisenmann, A. (2015): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Angina Pectoris, Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit. Epidemiologie und Prävention. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/8/7/1/CH1075/CMS1421311013881/hke_bericht_2015.pdf, zuletzt geprüft am 10.03.2017.

Griebler, R., Geißler, W. & Winkler, P. (2015): Zivilisationskrankheit Diabetes: Ausprägungen - Lösungsansätze - Herausforderungen. Österreichischer Diabetesbericht 2013. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/BDBExtern/BrochureDownload.ashx?sel=bEINMjkzVGU4ck8wamMzdlR4UXE1Zz090>, zuletzt geprüft am 10.03.2017.

Höfler, S., Bengough, T., Winkler, P. & Griebler, R. (2015): Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Wien. Online verfügbar unter <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/6/4/5/CH1513/CMS1436868155908/demenzbericht2014.pdf>, zuletzt geprüft am 09.03.2017.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014a): Spitalsbehandelte Heim-, Freizeit- und Sportunfälle nach Alter und Geschlecht. Online verfügbar unter http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=75&no_cache=1&cache_file=hfs_nav_cache.html&report_typ=%C3%96sterreich&kap_txt=Heim-+und+Sportunf%C3%A4lle&tab_txt=Spitalsbehandelte+Heim-+und+Sportunf%C3%A4lle+2014+nach+Alter+und+Geschlecht, zuletzt geprüft am 21.02.2017.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014b): Unfälle nach Tätigkeit (Top 5) zum Zeitpunkt des Unfalls nach Alter. Online verfügbar unter http://unfallstatistik.kfv.at/index.php?id=75&no_cache=1&cache_file=hfs_nav_cache.html&report_typ=%C3%96sterreich&kap_txt=Heim-+und+Freizeitunf%C3%A4lle&tab_txt=Unf%C3%A4lle+nach+T%C3%A4tigkeit+28Top+5+29+zum+Zeitpunkt+des+Unfalls+nach+Alter, zuletzt geprüft am 21.02.2017.

Lenzelbauer, W. (2017): Oberösterreich wird älter. Senioren in Oberösterreich - Situation und Herausforderungen, 13.12.2017. Online verfügbar unter https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/DokumenteAbt_Stat/OOE_wird_aelter_Vortrag.pdf, zuletzt geprüft am 22.02.2018.

Möller-Leimkühler, A.-M. (2013): Depression - (k)ein Thema für Männer? Interview mit Prof. Dr. Anne-Maria Möller-Leimkühler über geschlechtsspezifische Unterschiede bei seelischen Leiden. In: Münchner Ärztliche Anzeigen (Ausgabe 20), S. 3-4. Online verfügbar unter https://www.aekbv.de/images/stories/leitartikel/2013/Thema_aus_MAEA_2013_20.pdf, zuletzt geprüft am 08.05.2017.

Reif, M. (2012): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Gesundheitsdeterminanten. Hg. v. OÖ Gebietskrankenkasse, Johannes Kepler Universität Linz. Linz (Gesundheitswissenschaften, 33). Online verfügbar unter <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.598850&version=1399896462>, zuletzt geprüft am 02.05.2017.

Stadt Passau (Hg.) (2013): Seniorenpolitisches Gesamtkonzept. Passau. Online verfügbar unter <http://www.passau.de/LebeninPassau/Senioren/SeniorenpolitischesGesamtkonzept.aspx>, zuletzt geprüft am 08.05.2017.

Statistik Austria (2015a): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf, zuletzt geprüft am 10.11.2016.

Statistik Austria (2015b): Lebensbedingungen in Österreich-ein Blick auf Erwachsene, Kinder und Jugendliche sowie (Mehrfach-) Ausgrenzungsgefährdete. Studie der Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu Vertrag BMASK-57158/0001-V/B/4/2015. Wien. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/7/7/CH3434/CMS1459846225181/09_bericht_eu-silc_2014.pdf, zuletzt geprüft am 27.02.2017.

Streppel, Michael; Walger, Martin; Wedel, Hasso von; Gaber, Elisabeth (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 29 Hörstörungen und Tinnitus. Hg. v. Robert Koch Institut. Berlin, zuletzt geprüft am 23.02.2017.

Kapitel 5.3.: Gendergerechte Kommunikation

Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus et al. (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) in Österreich. Leitfaden für die Praxis. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Wien. Online verfügbar unter http://gfa.goeg.at/Downloads/support/GFA-Leitfaden_Publikation.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2013): Die 10 Ziele. Online verfügbar unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/die-10-ziele/>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport (Hg.) (April 2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung NAP.b. Wien.

Ecker-Glasner et al. (2014): Konzeptionsprojekt Bewegung. Projektbericht, nicht veröffentlicht.

Felder-Puig, Rosemarie MSc: Tabakkonsum österreichischer Jugendlicher - Daten aus der HBSC-Studie; online verfügbar unter: http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/studiendaten_hbsc_2014.pdf

Gesundheit Österreich GmbH (2017a): Health in All Policies. Online verfügbar unter http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/11/20111010_Fact-Sheet-Health-in-all-Policies.pdf, zuletzt geprüft am 02.05.2017.

Gesundheit Österreich GmbH (2017b): Nutzen der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) für Ministerien. Online verfügbar unter https://gfa.goeg.at/Downloads/Update_201603/Nutzen%20der%20GFA%20f%C3%BCr%20Ministerien.pdf, zuletzt geprüft am 27.04.2017.

Hornberg, C, Pauli, A. & Wrede, B. (Hg.) (2016): Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Institut für Gesundheitsplanung: Mehr Gesundheit für Oberösterreich. Die oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2020; abrufbar unter: <https://www.gesundheitsplanung.at/download-dokumente/gesamtdokument-gesundheitsziele-bis-2020/>

Institut für Gesundheitsplanung: Gesundheit kompakt berichtet 2/2016: MultiplikatorInnen in der Suchtprävention in Oberösterreich. Ergebnisse einer Online-Befragung im Zuge des Monitorings des Gesundheitsziels 7, online verfügbar unter: https://www.gesundheitsplanung.at/app/download/8533720386/GKB_Suchtpr%C3%A4vention_Endlayout.pdf?t=1478261976

Institut für Gesundheitsplanung: Abschlussbericht des Gesundheitsziels 7, nicht veröffentlicht.

Kern-Stoiber, D. (2012): Methoden der gender- und kultursensiblen Gesundheitsförderung zur Erreichung sozial Benachteiligter. In: Fonds Gesundes Österreich (Hg.): Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern - Strategien und Modelle intersektoraler Zusammenarbeit. Tagungsband der 14. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz. Wien, S. 108-109. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/gesundheitsliche-chancengerechtigkeit-fordern/2013-06-06.6158192209>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Kolip, P. (2008): Was bedeutet die Forschung für die Facharbeit? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung/Prävention. Anwendungsorientierter Austausch zwischen Forschung und Facharbeit unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen an eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Dokumentation des BZgA-Workshops am 18. April 2008 in Köln, S. 21-29. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/?uid=8f9764c6cab09372085ef2572c6c3079&id=medien&sid=62&idx=1647>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Magistrat Linz (2012): Neue Nachmittagsbetreuung an Linzer Pflichtschulen.

Morgenstern, Matthis; Wiborg, Gudrun; Hanwinkel, Rainer: Rauchen im Jugendalter. Geschlechtsunterschiede, Rolle des sozialen Umfelds, Zusammenhänge mit anderen Risikoverhaltensweisen und Motivation zum Rauchstopp. Ergebnisse einer Schülerbefragung, Kiel 2007

Rásky, E. & Scheipl, S. (2016): Gender Mainstreaming rund um die Gesundheit. In: Hornberg, C, Pauli, A. & Wrede, B. (Hg.): Medizin-Gesundheit-Geschlecht. Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 71-100.

The Pew Charitable Trusts (2017): Health Impact Assessment: Gender Pay Inequity. Fact Sheet. Online verfügbar unter <http://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2011/04/genderpayinequityhiafactsheet.pdf?la=en>, zuletzt geprüft am 12.01.2017.

Kapitel 5.4.: Genderspezifische Aspekte der OÖ Gesundheitsziele und der damit verbundenen Umsetzungsmaßnahmen

Amt der Oö. Landesregierung, Arbeitsgruppe Gender Mainstreaming (2003): Gender Mainstreaming im Land Oberösterreich. Leitlinien für eine geschlechtergerechte Sprache. Online verfügbar unter http://www.frauenreferat-ooe.at/praes_leitlinien_Gender.pdf, zuletzt geprüft am 19.12.2016.

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (2012): Geschlechtergerechtes Formulieren. Wien. Online verfügbar unter https://www.bmb.gv.at/ministerium/rs/formulieren_folder2012_7108.pdf?4e4zxx, zuletzt geprüft am 19.12.2016.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2008): Leitfaden für einen nicht-diskriminierenden Sprachgebrauch. In Bezug auf junge und alte Menschen, Menschen mit Behinderung, Frauen / Männer, Schwule / Lesben / Transgender, Migrant/innen und Menschen mit einer anderen religiösen Zugehörigkeit. Wien. Online verfügbar unter http://www.bmwf.gv.at/Presse/Archiv/Archiv2008/Documents/Leitfaden_nicht_diskr_Sprachgebrauch.pdf, zuletzt geprüft am 19.12.2016.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016a): Frauengesundheitsportal. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/die-bzga-im-internet/frauengesundheitsportal/?do=showsingle#liste>, zuletzt geprüft am 19.12.2016.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2016b): Männergesundheitsportal. Online verfügbar unter <http://www.bzga.de/die-bzga-im-internet/maennergesundheitsportal/?do=showsingle#liste>, zuletzt geprüft am 19.12.2016.

FEM Gesundheitszentrum (o.J.): FEM ist...Online verfügbar unter <http://www.fem.at/FEM/fem.htm>, zuletzt geprüft am 13.01.2017

Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich (2011a): Geschlechtergerechte Sprache. Wien. Online verfügbar unter <http://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.at/DocView.axd?CobId=34417>, zuletzt geprüft am 12.12.2016.

Gleichbehandlungsanwaltschaft Österreich (2011b): Geschlechtergerechter Sprachgebrauch im Unternehmen: Leitfaden für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber. Wien. Online verfügbar unter <http://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.at/DocView.axd?CobId=34813>, zuletzt geprüft am 21.12.2016.

Institut für Frauen- und Männergesundheit. (o.J.): Unser Verein. Online verfügbar unter <http://www.fem.at/>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Kastner, T. (2012): Männer rauchen anders, Frauen auch. Geschlechtersensible Gesundheitskampagnen am Beispiel von Anti-Raucher-Kampagnen. Hg. v. OÖ Gebietskrankenkasse, Johannes Kepler Universität Linz. Linz (Gesundheitswissenschaften, 38). Online verfügbar unter <https://www.ooegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.605238&version=1419327685>, zuletzt geprüft am 20.12.2016.

Löffler-Stastka, H., Seitz, T., Billeth, S., Pastner, B., Preusche, I. & Seidman, C. (2016): Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians (128(17)), S. 663-668. DOI: 10.1007/s00508-016-1054-1.

MännerGesundheitsZentrum MEN (2013): MEN ist... Online verfügbar unter <http://www.men-center.at/uebersicht.html>, zuletzt geprüft am 13.01.2017.

Beschreibung der Datenquellen

Europäische Kommission (2016): Gleichbehandlung von Männern und Frauen. Eurobarometer 82.4 Ergebnisse für Österreich, zuletzt geprüft am 23.02.2016.

Fasching, Melitta; Forster, Judith; Moser, Cornelia (2015): Arbeitsmarktstatistiken. Ergebnisse der Mikrozensus- Arbeitskräfteerhebung und der Offenen-Stellen-Erhebung. Hg. v. Statistik Austria. Wien, zuletzt geprüft am 24.05.2016.

Ghassemi, Sonja; Kronsteiner-Mann; Christa (2009): Zeitverwendung 2008/09. Ein Überblick über geschlechtsspezifische Unterschiede. Wien, zuletzt geprüft am 20.10.2016.

Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.

Hougron, Pascal (2010): Sport and Physical Activity. Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 - TNS Opinion & Social. Online verfügbar unter http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf, zuletzt geprüft am 19.4.2017.

Kapella, Olaf; Baierl, Andreas; Rille-Pfeiffer, Christiane; Geserick, Christine; Schmidt, Eva-Maria (2011): Gewalt in der Familie und im nahen sozialen Umfeld. Österreichische Prävalenzstudie zur Gewalt an Frauen und Männern. Hg. v. Österreichisches Institut für Familienforschung. Wien. Online verfügbar unter http://www.oif.ac.at/fileadmin/OEIF/andere_Publikationen/gewaltpraevalenz_2011.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2016

Klimont, Jeannette; Balaszti, Erika (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014.

Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014a): Kinderunfälle in Österreich. Online verfügbar unter http://www.kfv.at/uploads/tx_news/KinderunfaelleEU_quer.pdf, zuletzt geprüft am 16.12.2016.

Statistik Austria (2017b): Umweltbedingungen, Umweltverhalten 2015. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien, zuletzt geprüft am 07.03.2013.

7. BESCHREIBUNG DER DATENQUELLEN

Nachfolgend wird auf die wichtigsten Datenquellen eingegangen, die im vorliegenden Bericht verwendet werden.

Daten der offiziellen Statistik

Zur offiziellen Statistik zählen im Wesentlichen Daten, die regelmäßig von öffentlichen Einrichtungen (Statistik Austria, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Sozialversicherungsträger, Gesundheitsministerium, Land Oberösterreich (z. B. durch Umwelt Prüf- und Überwachungsstelle) etc.) erhoben und gehalten werden. Neben allgemeinen demografischen Daten (Bevölkerungsstruktur, Geburten, Einkommen, Bildung etc.) fallen darunter Gesundheitsdaten wie die Todesursachenstatistik, Krankenstände, Krankenhausstatistik und Unfallstatistik (Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle etc.), ebenso die Daten aus offiziellen Registern wie dem Krebsregister und dem Register der meldepflichtigen Erkrankungen.

Für den vorliegenden Bericht wurden viele Daten der offiziellen Statistik von der Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich zur Verfügung gestellt bzw. aufbereitet. Darüber hinaus werden im Bericht auch verschiedene Publikationen (z. B. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik bzw. die Homepage der Statistik Austria) sowie das Datenbanksystem der Statistik Austria STATcube genutzt.

Von der Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich wurden für den vorliegenden Bericht Ergebnisse aus den Schuluntersuchungsdaten zur Verfügung gestellt. Die Auswertung dieser Daten erfolgte durch die Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich.

Routinedaten der OÖGKK

Routinedaten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) liegen in Form des Data-Warehouses FOKO vor und werden dem IGP in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt. Die Datenbestände umfassen eine umfangreiche Sammlung von Leistungsdaten (Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen, Heilmittelverordnungen).

Gesundheitsbefragungen

Eine wesentliche Datengrundlage für den vorliegenden Berichts stellt die Österreichische Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 (ATHIS - Austrian Health Interview Survey) dar. Die Gesundheitsbefragung der Statistik Austria 2014 umfasst österreichweit eine repräsentative für die Bevölkerung über 15 Jahren ausgewählte Stichprobe von 15.771 Personen, die in Form von Telefoninterviews befragt wurden (Ausschöpfungsrate rund 41 Prozent). Die oberösterreichische Teilstichprobe umfasst 2.897 Personen.⁵³²

Für spezielle Fragestellungen (z. B. Essstörungen) wurde auf die Daten der Gesundheitsbefragungen der Städte Linz und Wels zurückgegriffen sowie auf die IGP-Umfrage „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“.

Sonstige Datenquellen

Weitere im vorliegenden Gender-Gesundheitsbericht verwendete Befragungsdaten sind z. B. die EU-SILC⁵³³ Erhebung 2015 der Statistik Austria zu den Lebensbedingungen von Privathaushalten und die HBSC⁵³⁴-Studie 2014 des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Promotion Research zur Kinder- und Jugendgesundheit. Zudem wurden die Daten des International Social Survey Program 2012 zum Thema Familie und Geschlechterrollen genutzt.

Übersicht über die verwendeten Datenquellen

Verwendete Datensätze (Mikrodaten)

- IGP: Gesundheitsbefragung Linz 2011; Bevölkerung über 15 Jahre
- IGP: Gesundheitsbefragung Wels 2008; Bevölkerung über 15 Jahre
- IGP-Umfrage 2007 in Oberösterreich, nur Versicherte der OÖGKK zwischen 18 und 70 Jahren
- OÖGKK: Routinedaten aus dem Data-Warehouse FOKO
- Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014
- Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/07
- Statistik Austria: Fragen zur Gesundheit, Mikrozensus 1983, 1991, 1999

Online verfügbare Datenquellen

- EUROSTAT: Datenbank - Eurostat. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deathlife-expectancy-data/database.html>
- ISSP Research Group (2016): International Social Survey Programme: Family and Changing Gender Roles IV - ISSP 2012. <http://zocat.gesis.org/webview/index.jsp?object=http://zocat.gesis.org/obj/fStudy/ZA5900>
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (2014b): Verkehrsunfallstatistik Oberösterreich 2014.
- Statistik Austria: STATcube - Statistische Datenbank; www.statistik.at/web_de/services/statcube/index.

Extern bereitgestellte Daten und Analysen

- ESPAD Österreich (2015) (Hrsg.: Gesundheit Österreich GmbH); berechnet und zur Verfügung gestellt durch: Institut Suchtprävention; Daten für Oberösterreich
- FH Steyr (2013): SchülerInnenbefragung OÖ. Lebens-, Freizeit- und Ernährungsgewohnheiten von SchülerInnen in Oberösterreich und deren Einfluss auf den BMI.
- Land OÖ (2017): Schuluntersuchung 2015/2016, Daten von der Abteilung Gesundheit, Auswertung von der Abteilung Statistik.
- Statistik Austria: Todesursachenstatistik, Bereitgestellt von der Abteilung Statistik des Landes Oberösterreich

⁵³² Klimont, Baldaszi 2015, S. 64

⁵³³ SILC = Community Statistics on Income and Living Conditions
⁵³⁴ HBSC = Health Behaviour in School-aged Children



Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036

Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

ISBN: 978-3-902487-20-9